



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG BAYERNS
Körperschaft des öffentlichen Rechts

KVB

Zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

und der

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
- Körperschaft des öffentlichen Rechts

wird folgender

**GESAMTVETRAG gem. § 83 SGB V
geschlossen**

(einschließlich 21. Nachtrag)

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Geltungsbereich	Seite 4
§ 2	Vertragsausschuss/Ausschuss für Arznei-/Heilmittelfragen	Seite 4
§ 3	Vertragsärztliche Versorgung	Seite 4
§ 4	Stationäre vertragsärztliche Versorgung	Seite 4
§ 5	Vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst	Seite 5
§ 6	Ambulante Bereitschaftsdienst-Behandlung in Krankenhäusern	Seite 5
§ 7	Plausibilitätsprüfung	Seite 5, 6
§ 8	Übernahme von Daten der Krankenversichertenkarte	Seite 6
§ 9	Berechnung der Gesamtvergütung	Seite 6
§ 10	Zahlung der Gesamtvergütung	Seite 7
§ 11	Informationsunterlagen	Seite 7
§ 11 a	Abrechnung von bezirkseigenen Fällen zwischen der KVB und den Krankenkassen	Seite 7, 8
§ 12	Abrechnung von Fremdarztfällen zwischen der KVB und Krankenkassen	Seite 8
§ 13	Abrechnung zwischen KVB und Vertragsarzt	Seite 8
§ 14	Sammelerklärung, Kassenarztstempel	Seite 8, 9
§ 15	Feststellung der rechnerischen und sachlichen Richtigkeit	Seite 9
§ 16	Zusammensetzung der Schlichtungsstelle	Seite 9, 10
§ 17	Patientenbefragung	Seite 10
§ 18	Vertretermeldung an die KVB-Bezirksstellen	Seite 10
§ 19	Arztverzeichnis	Seite 10
§ 20	Nicht apothekenpflichtige Artikel	Seite 10
§ 21	Vertragsdauer/Kündigung	Seite 10, 11
§ 22	Schlussbestimmungen	Seite 11

Anlagen

Anlage A (Stand 21. Nachtrag)

Ambulante vertragsärztliche Versorgung

- Anlage 1 zum 21. Nachtrag:
Strukturvertrag über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Operationen, ausgewählter belegärztlicher Leistungen und ausgewählter fachärztlicher internistischer Leistungen sowie hausärztlicher Leistungen
- Anlage 2 zum 21. Nachtrag
Strukturvertrag über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Kataraktoperationen
- Anlage 3 zum 21. Nachtrag
Vertrag über die Verbesserung der Transparenz der Leistungserbringung bei der genehmigungspflichtigen Psychotherapie
- Anlage 4 zum 21. Nachtrag
Regionale Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen

Anlage B

Wegepauschalen,
Sonstige Abrechnungsbestimmungen

Anlage C

Stationäre vertragsärztliche Versorgung

Anlage D

Vereinbarung über die Beteiligung an den Kosten des organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Anlage E

Abrechnungserklärung (Sammelerklärung)

Anlage F

Beteiligte Krankenkassen (wird nicht abgedruckt)

Anlage G

Codierung der Diagnosen nach der ICD-10 gem. § 295 Abs. 1 SGB V

Anlage H

Ambulante Bereitschaftsdienst-Behandlung in Krankenhäusern

Anlage I

Flächendeckendes Mammographie-Screening in Bayern

§ 1 Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag regelt die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, nachfolgend AOK Bayern genannt.
- (2) Allgemeiner Inhalt dieses Vertrages ist der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä).
- (3) Soweit Anlagen vereinbart werden, sind sie Bestandteil dieses Vertrages.

§ 2 Vertragsausschuss/Ausschuss für Arznei-/Heilmittelfragen

- (1) Zur Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit in der Durchführung der Verträge, zur Vorbereitung der Anpassung laufender Verträge an veränderte Verhältnisse, zur Vorbereitung des Abschlusses neuer Verträge und zur Klärung von Zweifelsfragen bilden die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, nachfolgend KVB genannt, und die AOK Bayern, der BKK LV Bayern, die IKK Bayern und der LdL/LdLP Bayern, nachfolgend Landesverbände genannt, einen Vertragsausschuss und einen Ausschuss für Arznei-/Heilmittelfragen. Die Geschäftsführung dieser Ausschüsse liegt bei der KVB. Beschlüsse der Ausschüsse sind den Vertragspartnern zuzuleiten. Sie werden Bestandteil des Gesamtvertrages oder seiner Anlagen, wenn nicht innerhalb eines Monats nach Zustellung des Beschlusses ein Vertragspartner schriftlich widerspricht.
- (2) Dem Vertragsausschuss bzw. Ausschuss für Arznei-/Heilmittelfragen gehören Vertreter der KVB und Vertreter der Landesverbände an. Darüber hinaus können weitere Sachverständige je nach Bedarf zugezogen werden.

§ 3 Vertragsärztliche Versorgung

- (1) Art und Umfang der von der KVB sicherzustellenden ärztlichen Versorgung richten sich nach den Vorschriften des SGB V sowie nach dem Inhalt des BMV-Ä.
- (2) Die Bewertung der im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen erfolgt nach dem Leistungsverzeichnis und den Abrechnungsbestimmungen des Bewertungsmaßstabes-Ärzte (BMÄ) und den Anlagen A und B zu diesem Vertrag. Leistungen, die nicht im BMÄ aufgeführt sind, können nicht abgerechnet werden, es sei denn, dass zwischen den Vertragspartnern gem. § 73 Abs. 3 SGB V bzw. gem. § 2 Abs. 5 oder 7 BMV-Ä eine gesonderte Vereinbarung über die Vergütung solcher Leistungen abgeschlossen wurde und in Kraft ist.

§ 4 Stationäre vertragsärztliche Versorgung

- (1) Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen der gemäß § 40 BMV-Ä anerkannten Belegärzte richtet sich nach dem BMÄ sowie den Regelungen in der Anlage C.
- (2) Stationäre vertragsärztliche Leistungen werden kalendervierteljährlich, getrennt von der ambulanten Behandlung, abgerechnet.

§ 5 Vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst

Die Kostenbeteiligung der AOK Bayern am organisierten vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst wird in Anlage D vereinbart.

§ 6 Ambulante Bereitschaftsdienst-Behandlung in Krankenhäusern

- (1) Die KVB schließt mit dem Krankenhausträger im Einvernehmen mit den Landesverbänden eine Vereinbarung über eine pauschale Abgeltung der im Rahmen der ambulanten Erstversorgung erbrachten Bereitschaftsdienst-Leistungen ab. Wird eine pauschale Abgeltung der ambulanten Bereitschaftsdienst-Leistungen nicht vereinbart, werden die im Krankenhaus im Rahmen der ambulanten Erstversorgung eines Bereitschaftsdienst-Falles erbrachten Leistungen mit dem Punktwert für ärztlich geleitete Einrichtungen gemäß dem jeweils gültigen HVM vergütet. Unabhängig von der Vergütungsart (Pauschale oder Einzelleistung) ist der Investitionskostenabschlag nach § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V zu berücksichtigen.

Zur Regelung der Einzelheiten ist zwischen der KVB und dem Krankenhausträger jeweils eine Vereinbarung nach Anlage H zu schließen.

- (2) Die von einem ermächtigten Arzt in einem Krankenhaus erbrachten ambulanten Bereitschaftsdienst-Leistungen sind Leistungen des Krankenhauses im Sinne des Abs. 1. Auch diese Bereitschaftsdienst-Leistungen sind durch das Krankenhaus, entsprechend der getroffenen Vereinbarung, mit der KVB abzurechnen.

§ 7 Plausibilitätsprüfungen

- (1) Die KVB überprüft in geeigneten Fällen die Richtigkeit der Abrechnung nach ihrer Plausibilität.
- (2) Je Abrechnungsquartal und je KVB-Bezirksstelle werden durch die KVB nach dem Zufallsprinzip 5 Vertragsärzte ausgewählt. Zusätzlich können von den Landesverbänden gemeinsam bis zu 5 Vertragsärzte je KVB-Bezirksstelle genannt werden. Die mit einer kurzen Begründung versehenen Meldungen müssen bis zum 5. des ersten Monats nach Ende des Behandlungsquartals bei der KVB-Bezirksstelle vorliegen.
- (3) Die KVB kann weitere Vertragsärzte in die Plausibilitätsprüfung einbeziehen, deren Abrechnungen Auffälligkeiten aufweisen. Dies gilt insbesondere für Vertragsärzte, deren Abrechnungen routinemäßige Eintragungen von Diagnosen, Abrechnungsböcken und Leistungspositionen und/oder eine auffällige Häufigkeit von Leistungen an bestimmten Tagen aufweisen. Über die Landesverbände können weitere Vertragsärzte für die Plausibilitätsprüfung benannt werden, deren Abrechnungen für Versicherte einer Krankenkasse begründete Auffälligkeiten im Sinne der Sätze 1 und 2 enthalten.

- (4) Die Landesverbände werden über die von der KVB im Rahmen der Plausibilitätsprüfung im Einzelfall getroffenen Maßnahmen konkret und zeitnah unterrichtet.

Protokollnotizen zu den Absätzen 2 und 3:

Nr. 1

Die Vertragspartner sind sich einig, dass von den Landesverbänden und den Verbänden der Ersatzkassen insgesamt nicht mehr als 5 Vertragsärzte je KVB-Bezirksstelle benannt werden.

Nr. 2

Die KVB informiert die Landesverbände und die Verbände der Ersatzkassen namentlich über die in die Plausibilitätsprüfung einbezogenen Ärzte.

§ 8

Übernahme von Daten der Krankenversichertenkarte

- (1) Der Vertragsarzt ist zur Sorgfalt bei der Übernahme der Angaben der Krankenversichertenkarte verpflichtet. Ist die Identität des Patienten zur vorgelegten Krankenversichertenkarte offensichtlich (Alter, Geschlecht) nicht gegeben, können keine Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Der Vertragsarzt sollte sich in begründeten Zweifelsfällen durch Vorlage eines amtlichen Ausweises von der Identität des Patienten überzeugen.
- (2) Wurden vertragsärztliche Leistungen erbracht, obwohl die Identität des Patienten zur vorgelegten Krankenversichertenkarte offensichtlich nicht gegeben war, besteht kein Anspruch auf Vergütung.
- (3) Ist beim Einsatz einer für den Arzt erkennbar ordnungsgemäßen Krankenversichertenkarte das Ergebnis des EDV-gestützten Verarbeitungsvorganges mangelhaft, so hat der Vertragsarzt das Ersatzverfahren gem. § 20 BMV-Ä durchzuführen. Andernfalls scheidet die Haftung der Krankenkasse aus.
- (4) Schuldhaft im Sinne des § 49 BMV-Ä handelt nur, wer die Verpflichtung zur Sorgfalt bei der Übernahme der Angaben der Krankenversichertenkarte vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt.

§ 9

Berechnung der Gesamtvergütung

Die vertragsärztliche Gesamtvergütung wird gemäß § 85 Abs. 2 SGB V berechnet. Die Berechnungsart sowie die Höhe der Gesamtvergütung wird von den Vertragspartnern in Anlage A vereinbart.

§ 10

Zahlung der Gesamtvergütung

- (1) Die Gesamtvergütung wird von der Krankenkasse vorbehaltlich der Nachprüfung am zehnten Tage nach Eingang der Abrechnungsunterlagen (= jeweils Rechnungsbrief und Formblatt 3) gezahlt. Die Krankenkasse leistet bis zum 15. jeden Monats eine Abschlagszahlung für den vorangegangenen Monat. Sie beträgt 33 v. H. der Gesamtvergütung (= Rechnungsbriefe für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte) des gleichen Kalendervierteljahres des Vorjahres. Fällt der letzte Tag der Zahlungsfrist auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, so tritt an seine Stelle der nächstfolgende Werktag. Die Zahlung ist so rechtzeitig zu leisten, dass die KVB am jeweiligen Zahltag über die Gelder bei ihrer Bank verfügen kann. Überzahlungen werden mit der nächstfälligen Abschlagszahlung verrechnet.
- (2) Beträge aus rechtswirksamen Honorarkürzungen, auf deren Rückzahlung die Krankenkasse Anspruch hat, sowie Regress- und Schadensbeträge werden im laufenden Kontokorrentverkehr verrechnet und sind ohne Einfluss auf die Zahlungsfrist.

§11

Informationsunterlagen

- (1) Die KVB stellt der AOK Bayern vierteljährlich einen Einzelfallnachweis je Arzt und je ärztlich geleiteter Einrichtung sowie das Formblatt 3/3A zur Verfügung.

Ergänzend hierzu übermittelt die KVB jeder Kasse als rechnungsbegründende Unterlage gemäß § 1 Abs. 4 der Anlage 6 zum BMV-Ä einen Unterbeleg zum Formblatt 3/3A (Anlage 7), aus dem sich alle Verrechnungspositionen (z.B. D..45.., D..67.. und F-Positionen) nachvollziehen lassen.

- (2) Die AOK Bayern stellt der KVB vierteljährlich zur Verfügung:
 1. den allgemeinen Beitragssatz /die allgemeinen Beitragssätze der Mitgliedskassen,
 2. die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen zum 01.07 des jeweiligen Jahres,
 3. Mitgliederzahlen.
Die durchschnittliche Zahl der Mitglieder bzw. Rentner ist bis zum Ende des auf das jeweilige Quartal folgenden Monats mitzuteilen. Für die Ermittlung der durchschnittlichen Zahl der Mitglieder bzw. Rentner gelten als Stichtage jeweils der 1. Tag der drei Monate eines Quartals (KM-1-Statistik).
- (3) Die AOK Bayern stellt der KVB eine Übersicht der Gesamteinnahmen und -ausgaben nach Vorliegen der Geschäftsergebnisse auf Landesebene zur Verfügung.

§ 11 a

Abrechnung von bezirkseigenen Fällen zwischen der KVB und den Krankenkassen

- (1) Von der KVB-Bezirksstelle werden die Vergütungsanforderungen für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen nach sachlicher und rechnerischer Richtigstellung vierteljährlich getrennt nach
 1. Mitgliedern
 2. Familienangehörigen der Mitglieder

3. Rentnern einschließlich Familienangehörigen.

- (2) Die Berechnung der vertragsärztlichen Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres, vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem sie erbracht sind, ausgeschlossen. Dies gilt dann nicht, wenn die Abrechnung innerhalb dieses Zeitraumes bereits einer anderen Krankenkasse vorgelegen hat und nach der Rückgabe mit der nächsten Abrechnung der zuständigen Krankenkasse zugeht.

§ 12

Abrechnung von Fremdarztfällen zwischen der KVB und Krankenkassen

Die von den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen der KVB übersandten Formblätter 3a sind von dieser in ein Formblatt 3a gemäß den Richtlinien für die Ausfertigung von Vordrucken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammenzufassen.

§ 13

Abrechnung zwischen KVB und Vertragsarzt

- (1) Forderungen eines Vertragsarztes gegen die KVB werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit, ggf. auch Wirtschaftlichkeit und Feststellung sonstigen Schadens gem. §§ 48 und 49 BMV-Ä rechtswirksam abgeschlossen worden sind. Zahlungen der KVB an den Vertragsarzt bleiben unbeschadet weiterreichender Vorbehalte zur nachträglichen Korrektur des Honorarbescheides bis dahin stets rückzahlungspflichtige Vorschüsse.
- (2) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist die KVB verpflichtet, weitere Zahlungen an den Vertragsarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise solange auszusetzen, bis festgestellt wird, ob Prüfungen auf Richtigkeit, Wirtschaftlichkeit, Plausibilität anhängig oder Schadenersatzforderungen gem. §§ 48 und 49 BMV-Ä geltend gemacht worden sind. Ist dies der Fall, so hat die KVB den rechtswirksamen Abschluss der Prüfung oder eine Feststellung einer Schadenersatzforderung abzuwarten und nach dem Ergebnis dieser Verfahren die Abrechnung mit dem Vertragsarzt bzw. dessen Erben durchzuführen.

§14

Sammelerklärung, Vertragsarztstempel

- (1) Der Vertragsarzt fügt seiner Quartalsabrechnung die Sammelerklärung (§ 35 Abs. 2 und 3 BMV-Ä) nach dem Muster der Anlage E bei. Die KVB-Bezirksstelle bestätigt mit der Vorlage der Quartalsabrechnung gegenüber der Krankenkasse, dass Erklärungen der abrechnenden Vertragsärzte nach Satz 1 vorliegen (Muster Anlage E).
- (2) Die KVB stellt jedem Vertragsarzt einen Vertragsarztstempel zur Verfügung. Dieser enthält

den Vor- und Zunamen,
die Gebietsbezeichnung nach Maßgabe der Teilnahmeberechtigung an der vertragsärztlichen Versorgung,
die Praxisanschrift und
die KVB-Nummer.

Die Kosten werden anteilmäßig von den Landesverbänden getragen.

§ 15

Feststellung der rechnerischen und sachlichen Richtigkeit

- (1) Der KVB-Bezirksstelle obliegt - unbeschadet des Nachprüfrechts der Krankenkasse - die rechnerische und sachliche Richtigstellung der Abrechnung des Vertragsarztes.
- (2) Die Krankenkasse oder der Landesverband können Berichtigungen, die sich bei der Prüfung der Abrechnungen auf rechnerische und sachliche Richtigkeit ergeben, bei der KVB-Bezirksstelle innerhalb von zwölf Monaten nach Erhalt der Abrechnungsunterlagen beantragen, sofern diese Richtigstellung pro Arzt und Krankenkasse kalendervierteljährlich EURO 15,00 oder mehr beträgt.

Hierfür ist der abgesprochene Vordruck zu verwenden.

- (3) Die KVB hat innerhalb von sechs Monaten nach Geltendmachung die Berichtigung der rechnerischen und sachlichen Richtigstellung vorzunehmen oder ihre ablehnende Haltung schriftlich zu begründen.
- (4) Schließt sich der Antragsteller nach Abs. 2 der Auffassung der KVB nicht an, so hat er dies der KVB innerhalb von drei Monaten nach Erhalt der Stellungnahme der KVB mitzuteilen; wird diese Mitteilung innerhalb dieser Frist nicht abgegeben, so wird nach der Stellungnahme der KVB verfahren.
- (5) Stimmt die KVB einer Mitteilung nach Abs. 4 nicht zu, so führt sie zum Zwecke der Einigung über die strittigen Sachfragen ein Gespräch mit den Antragstellern. Dieses Gespräch findet innerhalb von sechs Monaten statt. Ein einvernehmlich erzieltes Gesprächsergebnis bindet die KVB und den Antragsteller. Die Gesprächspartner können sich auf eine über den Einzelfall hinausgehende Bindungswirkung einigen.
- (6) Kommt es zu keiner Einigung nach Abs. 5 oder werden die in den Absätzen 3 und 5 genannten Fristen - soweit nicht eine Fristverlängerung im Einzelfall abgesprochen wurde - nicht eingehalten, kann die Krankenkasse aufrechnen.
- (7) Für den Fall sozialgerichtlicher Auseinandersetzung über Fragen der rechnerischen und sachlichen Richtigstellung sind die Vertragspartner der Auffassung, dass im sozialgerichtlichen Verfahren der Landesverband bzw. die Krankenkasse, die KVB und der Vertragsarzt beteiligt sind und dass rechtskräftige Entscheidungen oder Vergleiche die genannten Beteiligten binden.
- (8) Unberührt bleiben evtl. Ansprüche auf Schadenersatz aus unerlaubter Handlung.

§ 16

Zusammensetzung der Schlichtungsstelle

- (1) Die KVB errichtet eine Schlichtungsstelle gem. § 49 BMV-Ä. Sie besteht aus Vertretern der KVB und der AOK Bayern in gleicher Zahl. Sie hat 4 Mitglieder. Der Vorsitz liegt bei der KVB, der stellvertretende Vorsitz bei der AOK Bayern.

Werden gegen einen Vertragsarzt von mehreren Kassenarten Schadensersatzansprüche in der gleichen Sache geltend gemacht, besteht die Schlichtungsstelle aus 8 Mitgliedern. Der Vorsitz liegt bei der KVB, über den stellvertretenden Vorsitz einigen sich die Kassenarten intern.

- (2) Die Schlichtungsstelle lädt innerhalb von 2 Monaten nach schriftlicher Mitteilung eines Schadensersatzanspruches gem. § 49 Abs. 1 BMV-Ä die Mitglieder zur Schlichtungsverhandlung ein.

§ 17 Patientenbefragung

- (1) Eine Befragung von Patienten eines Vertragsarztes wird, von Einzelfällen abgesehen, nur im Einvernehmen zwischen der KVB-Bezirksstelle und Krankenkasse durchgeführt. Sie soll nur erfolgen, wenn die notwendige Aufklärung des Sachverhaltes nicht anders möglich ist.
- (2) Bei der Befragung ist darauf zu achten, dass durch Form und Art der Befragung Ansehen und Ruf des Vertragsarztes nicht gefährdet werden. Eine fernmündliche oder formularmäßige Befragung ist unzulässig.

§ 18 Vertretermeldung an KVB-Bezirksstellen

Ist der Vertragsarzt länger als eine Woche an der Ausübung seiner Praxis verhindert, so muss er dies der zuständigen KVB-Bezirksstelle unter Benennung des Vertreters mittels Vordruck mitteilen.

§ 19 Arztverzeichnis

Die KVB-Bezirksstellen stellen den Direktionen der AOK Bayern ihres Bezirkes halbjährlich ein Arztverzeichnis nach § 59 BMV-Ä zur Verfügung. Die nach § 11 Abs. 1 BMV-Ä von der KVB erteilten Genehmigungen werden ausgewiesen.

§ 20 Nicht apothekenpflichtige Artikel

Alle nicht apothekenpflichtigen Artikel (z. B. Verband- oder Nahtmaterialien, Krankenpflegeartikel) sind ohne Angabe des Firmennamens bzw. ohne Nennung der Markenbezeichnung zu verordnen.

§ 21 Vertragsdauer/Kündigung

- (1) Dieser Vertrag gilt ab 1. Oktober 2002. Er kann durch eingeschriebenen Brief mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. Die Kündigung kann jedoch frühestens zum 30.09.2003 erfolgen.

- (2) Eine teilweise Kündigung des Vertrages oder von Anlagen ist zulässig. Der Kündigungsempfänger kann jedoch in diesem Fall mit einer Frist von 14 Tagen nach Eingang der Kündigung den Vertrag ganz oder teilweise zum gleichen Termin gegen kündigen.

§ 22
Schlussbestimmung

Mit Inkrafttreten dieses Vertrages tritt der Gesamtvertrag vom 03. September 1979 außer Kraft.

München, 17.09.2002

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns,
Körperschaft des öffentlichen Rechts

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse,
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Dr. med. Axel Munte
Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Helmut Platzer
Vorsitzender des Vorstandes

**Anlage A
zum Gesamtvertrag
(Stand 21. Nachtrag)**

I.

Für die Zeit vom **01. Januar 2002 bis 31. Dezember 2003** wird die vertragsärztliche Gesamtvergütung nach folgenden Grundsätzen berechnet:

1. Vergütung nach Kopfpauschalen

1.1 Die Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung mit Ausnahme der unter 2. genannten Erstattungen und Vergütungen nach Einzelleistungen wird nach Kopfpauschalen und Quartal entrichtet.

1.2 Die Kopfpauschalen werden getrennt nach Allgemeinversicherten und Versicherten der Rentnerkrankenversicherung ermittelt.

1.3 Die in den Quartalen des Jahres 2001 gezahlten Kopfpauschalen werden zunächst bereinigt, um die für ärztliche Leistungen im Notarztwagen und für Sonderbedarfszulassungen* (Quartal 4/2002) ermittelten Beträge angehoben und dann linear um 1,84 vom Hundert für das Jahr 2002 erhöht. Im Quartal 4/2002 erfolgt eine weitere Erhöhung um 0,05 vom Hundert für Koloskopie (anteilig für die nicht in Anlage 1 enthaltenen Koloskopien).
Die in den Quartalen des Jahres 2002 gezahlten Kopfpauschalen werden zunächst bereinigt, für die Quartale 1 bis 3/2003 um den für Sonderbedarfszulassungen* ermittelten Betrag angehoben und dann um 0,1 vom Hundert für Koloskopie (anteilig für die nicht in Anlage 1 enthaltenen Koloskopien) erhöht. Für die Berechnung gilt die beigefügte Modellrechnung Nr. 1.

1.4 Die für die Abrechnungsquartale der Jahre 2002 und 2003 zu entrichtende Gesamtvergütung aus Kopfpauschalen wird auf der Basis der gemäß § 16 Abs. 2 Nr. 3 Gesamtvertrag (ab 01.10.2002 § 11 Abs. 2) gemeldeten Mitgliederzahlen je Krankenkasse ermittelt.

1.5 Punktwerte für pauschalisierte Leistungen

Die KVB verteilt die Gesamtvergütungen der Krankenkassen je Quartal nach einheitlichen Punktwerten für die AOK Bayern, die IKK Bayern und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen in Bayern.

1.6 Anteil der Gesamtvergütung für Laborleistungen

Aus dem Betrag nach 1.4 stehen für Laborleistungen je Quartal die Beträge nach 1.7 des 20. Nachtrages zum Gesamtvertrag zur Verfügung.

Gültig ab 01.07.2002:

Aus dem Betrag nach 1.4 stehen für Laborleistungen je Quartal die Beträge nach 1.7 des 20. Nachtrages zum Gesamtvertrag zur Verfügung, vermindert um den Anteil nach 1.7 des 21. Nachtrages zum Gesamtvertrag.

1.7 **Gültig ab 01.07.2002:**

Anteil der Gesamtvergütung für MRT der Mamma

Für die MRT der Mamma wird die Gesamtvergütung nach 1.4 in den Quartalen 3/2002 bis 2/2003 um den Betrag vermindert, der sich aus der Berechnung nach Anlage 1 der Bundesempfehlung zur Einführung der MRT der Mamma und zur Weiterentwicklung der Reform des Labors vom 08.06.2001 ergibt, höchstens jedoch 0,23 %.

1.8 Anteil der Gesamtvergütung für Sonderbedarfszulassung* und Koloskopie

Die in 1.4 enthaltenen Gesamtvergütungsanteile für Sonderbedarfszulassung und Koloskopie stehen ausschließlich für die fachärztliche Versorgung zur Verfügung.

1.9 Anteil der Gesamtvergütung für die Übrigen Leistungen

Für die Übrigen Leistungen steht die Gesamtvergütung nach 1.4 vermindert um die Beträge nach 1.6 und 1.7 zur Verfügung.

* = Bedarfsnotwendige Sonderbedarfszulassungen und Erstermächtigungen sowie Belegarztzulassungen nach § 103 Abs. 7 SGB V

2. Erstattungen und Vergütungen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung

2.1 Von den Krankenkassen werden außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung erstattet bzw. vergütet:

- Dialysesachkosten (FBI.3 D-04-90-00)
- Durchlaufende Posten (FBI.3 F-99-90-99)
- Vergütungen für Ernährungsberatung (FBI.3 D-01-83-00)
- Pauschalen für Behandlungsplan und Teamgespräch in "Frühfördereinrichtungen und Tagesstätten" (FBI.3 D-01-83-00)
- Leistungen gemäß der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (FBI.3 F-99-90-83)
- Zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Sachkosten (z. B. für ambulante Operationen, LDL-Apherese) (FBI.3 D-01-83-08).
- Leistungen gemäß der Schmerztherapievereinbarung (FBI.3 D-01-83-00)
- Zuschlag zur Leistung nach der Nr. 7200 (belegärztlicher Bereitschaftsdienst) in Höhe von 2,56 € (Nr. 7200A) (FBI.3 D-01-83-00)
- Pauschalbetrag für fremdverschuldete Unfälle (Einzelheiten werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt)

Die Erstattung/Vergütung erfolgt gemäß anderer vertraglicher Regelungen.

2.2 Von den Krankenkassen werden mit festen Pauschalen vergütet:

2.2.1 Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen:

- Leistungen der Mutterschaftsvorsorge nach Abschnitt B IX Nr. 1. EBM (vgl. Anlage B II. Nr. 8)
- Leistungen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen nach Abschnitt B IX Nr. 2. EBM (vgl. Anlage B II. Nr. 8)
- Leistungen der Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen nach Abschnitt B IX Nr. 3 EBM (vgl. Anlage B II. Nr. 8)
- Leistungen der Koloskopie nach den Nrn. 154, 156, 163 und 164 EBM (ab 01.10.2002) (vgl. Anlage B II. Nr. 8)

2.2.2 Impfleistungen nach dem Rahmenvertrag über Schutzimpfungen und Prophylaxe in der jeweils gültigen Fassung

2.2.3 Ab 01.01.2003:

Notarzwagenpauschale:

Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Notarzwageneinsatz vereinbaren die Vertragspartner eine Pauschale. Neben dieser Pauschale sind keine weiteren Leistungen abrechenbar.

Kommt bis 20.12.2002 keine Vereinbarung zustande, wird die im Jahre 2002 vereinbarte Vergütungsregelung bis 31.03.2003 verlängert.

2.2.4 ICSI (**bis 30.06.2002**) (vgl. Anlage B II. Nr. 9)

2.2.5 **Ab 01.01.2003:**

Nrn. 73L (Ärztl. Bescheinigung für eine beantragte Kurmaßnahme), 73M (Attest des Arztes für kurbedürftiges Kind im Rahmen einer Mutter - Kind - Maßnahme), und 73 P (Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf medizinische Vorsorge bzw. Rehabilitation für Mütter bzw. Mutter/ und Kind).

2.3 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von 5,11 Cent vergütet:

- Leistungen nach den Nrn. 72, 73, 77 und 79 EBM. Diese Leistungen werden in den Abrechnungsunterlagen als Nrn. 72A, 73A, 77A und 79A ausgewiesen
- Nr. 73K (Ärztliche Bescheinigung zur Durchführung von Maßnahmen zur Kinder- und Jugenderholung)

2.4 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punkt wert von 4,86 Cent vergütet:

- Leistungen nach der Nr. 27 EBM

2.5 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punkt wert von 4,60 Cent vergütet:

- Ärztliche Leistungen bei Einsatz mit dem Rettungshubschrauber (Luftrettung) (FBI.3 D-01-64-00)

2.6 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von 4,22 Cent vergütet:

- Leistungen der zeitgebundenen, genehmigungspflichtigen Psychotherapie nach Abschnitt G IV EBM (Nrn. 871 bis 884 EBM)

soweit nicht nach Anlage 3 eine höhere Vergütung entrichtet wird.

Soweit die KVB aufgrund eines letztinstanzlichen Urteils verpflichtet wird, für zeitgebundene, genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie nach den Nummern 871 bis 884 EBM einen höheren Punktwert zu vergüten, werden die Vertragspartner unter Einbeziehung der Anlage 3 unverzüglich in Verhandlungen eintreten.

2.7 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von 4,09 Cent vergütet:

- Leistungen nach der Nr. 1250 EBM „Photodynamische Therapie“
- Leistungen nach der Nr. 5522 EBM „MRT der Mamma“
- Leistungen der Soziotherapie nach den Nrn. 819, 830 und 831 EBM, wenn die Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt und zugelassenem Soziotherapeuten gemäß der Richtlinie „Soziotherapie“ sichergestellt ist und die verordnete Leistung überwiegend im sozialen Umfeld des Patienten (vgl. Abschn. I, Ziffer 4) stattfindet (vgl. Protokollnotiz Nr. 4).
- Leistungen der ICSI nach den Nrn. 1179 bis 1199 EBM sowie die damit im Zusammenhang stehenden Leistungen (ab 01.07.2002)

2.8 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von 3,81 Cent vergütet:

Leistungen bei Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach Abschnitt B XI EBM

2.9 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von 2,56 Cent vergütet:

Mammographie nach den Nrn. 5091, 5092 und 5093 EBM (ab 01.01.2003), solange die Voraussetzungen nach Anlage 4 nicht vorliegen

- 2.10 Von den Krankenkassen werden die Leistungen der Anlagen 1 bis 4 des 21. Nachtrags zum Gesamtvertrag mit den darin vereinbarten Punktwerten vergütet.

3. Vergütung für Fremdarztfälle

Fremdarztfälle werden mit Ausnahme der unter 2. genannten Erstattungen und Vergütungen aus den Kopfpauschalbeträgen vergütet. Dies gilt auch für ärztlich geleitete Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und für Fachambulanzen im Beitrittsgebiet.

4. Vergütung für Nachtragsfälle

Für Nachtragsfälle gelten die jeweiligen vertraglichen Regelungen des Leistungsquartals.

5. Verrechnung der Zuzahlungen nach § 32 Abs. 2 SGB V mit der Gesamtvergütung

Die von den Vertragsärzten einbehaltenen Zuzahlungen sind aufgegliedert nach Krankenkassen und jeweils unterteilt in Mitglieder, Familienversicherte und Rentner einschließlich deren Familienversicherten von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit der Quartalsabrechnung bekanntzugeben. Die Zuzahlungsbeträge, die auf die einzelnen Krankenkassen entfallen, werden mit deren Gesamtvergütung je Quartal verrechnet.

II.

Die Teile der Gesamtvergütung, die nach Kopfpauschale berechnet werden, verändern sich nicht durch Gut- bzw. Lastschriften aus der sachlich-rechnerischen Richtigstellung und aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Behandlungsweise sowie durch sonstige Korrekturen der Abrechnung und Honorarneufestsetzungen (Rückforderungen), die die KVB gegenüber dem Kassenarzt vornimmt.

III.

1. Zur Beurteilung der Gesamtentwicklung beziehen sich die Gesamtvertragspartner u. a. auf folgende Unterlagen:
 - a) Arzneimittelkosten aufgrund der Verdichtung der Arzneikostenstatistik für Vertragsärzte arztbezogen gemäß § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB V
 - b) Verordnungskosten für Heilmittel
 - c) Zahl der Krankenhauseinweisungen durch Vertragsärzte
 - d) Übersichten über die Zahl der Krankenhauseinweisungen, aufgegliedert nach der Einweisungsart entsprechend § 39 Abs. 1 SGB V je Krankenkasse, je Kassenart und je Krankenhaus.
 - e) Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle.
2. Die KVB liefert je Bezirksstelle und insgesamt nach Ablauf eines jeden Quartals bis zum Ende des vierten Folgemonats:
 - a) Zahl der abrechnenden Vertragsärzte

- b) Zahl der ambulanten und stationären Abrechnungsfälle je Kassenart und insgesamt getrennt nach Mitgliedern, Familienversicherten und Rentnern, einschließlich der Familienversicherten der Rentner
 - c) Zahl der abgerechneten Punkte bzw. Summe der €-Beträge nach Prüfung, aufgeteilt nach den einzelnen Leistungsgruppen je Krankenkasse, je Kassenart und insgesamt
 - d) Zahl der Behandlungsfälle, getrennt nach ambulant kurativen Fällen insgesamt, davon Original-, Auftrags-, konsiliarische Untersuchungs-, Mitbehandlungs-, Vertretungs- und Notfallfälle, stationäre kurative Fälle, davon Überweisungsfälle, ambulante Sonstige-Hilfe-Fälle, stationäre Sonstige-Hilfe-Fälle je Vertragsarzt
 - e) Kassenartenbezogene Häufigkeitsstatistik, getrennt nach ambulant und stationär.
3. Die KVB stellt eine Übersicht über die Entwicklung der Fallzahlen analog der Aufteilung nach 2. e), zusammengefasst für alle Krankenkassen auf Landesebene, zur Verfügung.
4. Den Werten des Abrechnungsquartals nach Nummern 2 und 3 sind die entsprechenden Werte des Vorjahresquartals gegenüberzustellen.

IV.

Die Krankenkasse prüft im Einzelfall, durch wen der Versicherte in das Krankenhaus eingewiesen worden ist. Sie verpflichtet sich, die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme besonders zu prüfen, wenn eine vertragsärztliche Verordnung von Krankenhauspflege nicht vorliegt. Ergeben sich aus der Auswertung der Krankenhauseinweisungen der Vertragsärzte Auffälligkeiten (z.B. Inanspruchnahme des Krankenhauses für differentialdiagnostische Abklärung oder Nichtaufnahme des Versicherten ins Krankenhaus trotz vorliegender Verordnung), sind diese der KVB-Bezirksstelle zur Abklärung zu übermitteln.

Protokollnotizen zu Anlage A:

Nr. 1

Zu III., Nr. 2. e):

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns sagt zu, die kassenartenbezogene Häufigkeitsstatistik zu übermitteln, sobald die technischen Voraussetzungen hierfür geschaffen sind.

Nr. 2

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die bestehenden Vordrucke zu überprüfen und ggf. anzupassen sind, sowie neu vereinbarte Vordrucke ebenfalls unter die Vergütungsregelung nach I. Nr. 2.3 fallen.

Nr. 3

Die Vertragspartner sind sich einig, die für den Strukturvertrag zur Verfügung gestellten Finanzmittel auch in den Folgejahren zweckgebunden zu verwenden.

Nr. 4

Die AOK Bayern stellt federführend für die Regionalkassen in Bayern der KVB ein Verzeichnis der zur Erbringung der Soziotherapie zugelassenen Leistungserbringer zur Verfügung.

Die AOK Bayern strebt im Zusammenhang mit der Zulassung von Soziotherapeuten die konkrete Zusammenarbeit mit Vertragsärzten an.

Inkrafttreten

Diese Vereinbarung über den Abschluss eines 21. Nachtrages zum Gesamtvertrag mit seinen Anlagen tritt zum 01. Januar 2002 in Kraft und endet am 31. Dezember 2003.

München, den 08.11.2002

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Körperschaft des öffentlichen Rechts

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Dr. med. Axel Munte
Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Helmut Platzer
Vorsitzender des Vorstandes

Anlage 1
zum 21. Nachtrag zum Gesamtvertrag

STRUKTURVERTRAG

über die

**strukturelle und finanzielle Förderung
ambulanter Operationen, ausgewählter belegärztlicher Leistungen und ausgewählter
fachärztlicher internistischer Leistungen sowie hausärztlicher Leistungen**

Präambel

Durch diesen Vertrag sollen vor allem ambulante Operationen und ausgewählte belegärztliche sowie fachärztliche internistische Leistungen durch niedergelassene Vertragsärzte strukturell und finanziell weiter gefördert werden. Die Vertragspartner wollen erreichen, dass ein nicht unerheblicher Teil der in den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegegesetzverordnung (Sonderentgelte/Fallpauschalen) aufgeführten stationären Operationen bzw. internistischen Leistungen bei gleicher Qualität durch niedergelassene Vertragsärzte ambulant durchgeführt und teure Krankenhausbehandlung vermieden wird (soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig). Hierbei berücksichtigen die Vertragspartner, dass eine vollständige Verlagerung des möglichen Einsparpotentials angesichts der derzeitigen Systematik der Krankenhausfinanzierung nicht realisierbar ist.

Ziel dieses Strukturvertrages ist es auch das Belegarztwesen zu fördern, indem für ausgewählte Leistungsbereiche, die einer ambulanten Versorgung in der Regel nicht zugänglich sind, eine qualitativ hochwertige und kostengünstige stationäre Versorgung gesichert wird.

§ 1 Zielsetzung

- 1) Die Vertragspartner streben an, dass durch ein besser gesteuertes Versorgungsmanagement planbare Operationen, die bislang vorwiegend stationär durchgeführt werden, ambulant erbracht werden, soweit dies aus medizinischer Sicht und unter Berücksichtigung sozialer Rahmenbedingungen des Patienten möglich ist.
- 2) Die vorhandenen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten sollen optimiert werden. Die Versicherten sollen durch niedergelassene Vertragsärzte über die Möglichkeit einer ambulanten Erbringung von Operationen bzw. internistischen Leistungen als Alternative zu einer Krankenhausbehandlung informiert werden. Hierzu wirken die Hausärzte, die Operateure und Anästhesisten intensiv zusammen.
- 3) Die Intensivierung und Förderung der in diesem Vertrag festgelegten Leistungen soll einerseits bewirken, dass Krankenhauseinweisungen verhindert bzw. deutlich vermindert werden und dadurch vollstationäre Krankenhauskosten eingespart werden können; andererseits sollen notwendige Krankenhausbehandlungen durch Belegärzte qualitativ hochwertig und kostengünstig erbracht werden können.

Hieraus ergeben sich Möglichkeiten zur Verbesserung der Finanzierung beim ambulanten Operieren und bei ausgewählten belegärztlichen sowie fachärztlichen internistischen Leistungen. Zusätzlich wird die Inanspruchnahme der hausärztlich tätigen Vertragsärzte durch eigene Patienten mit einer besonderen Notfallordinationsgebühr (Nr. 1E) honoriert.

§ 2 Teilnahme

- 1) Voraussetzung für die Anwendung dieses Vertrags auf den Vertragsarzt (nur zugelassene Vertragsärzte) ist die schriftliche Teilnahmeerklärung des Arztes gegenüber der jeweiligen Bezirksstelle der KVB. Wird aus diesem Strukturvertrag ausschließlich die Nrn. 1E bzw. 13A abgerechnet, ist die Teilnahmeerklärung nicht abzugeben.

Mit dieser Teilnahmeerklärung

- verpflichtet sich der Vertragsarzt, die Zielsetzungen des Strukturvertrages zu verfolgen,
- übernimmt es der Vertragsarzt, die ihn betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Strukturvertrag zu erfüllen und
- verpflichtet sich der Vertragsarzt nach Maßgabe der Anlage 3 die Praxisbegehung und Überprüfungen bei Begehung zu gestatten bzw. die Gestattung des Berechtigten beizubringen und im erforderlichen Umfang mitzuwirken.

Die Teilnahmeerklärung ist in der Fassung der Anlage 1 abzugeben.

- 2) Die Teilnahmeberechtigung kann von der Bezirksstelle entzogen werden, wenn der Vertragsarzt die Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Strukturvertrag (Absatz 1 Satz 3) nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt oder gegen vertragsärztliche Pflichten bei Erbringung der Leistungen nach § 3 verstößt.
- 3) Die Teilnahme an diesem Strukturvertrag endet
 - mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - mit Beendigung der belegärztlichen Tätigkeit im Falle des § 3 Nr. 2,
 - mit Beendigung der Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung als Internist im Falle des § 3 Nr. 2 bzw. als Lungenarzt im Falle des § 3 Nr. 4,
 - mit dem Verzicht des Arztes auf die Teilnahme.

Die Teilnahme an dem Vertrag endet, ohne dass es eines Entzugs der Teilnahmeberechtigung nach Abs. 2 bedarf, wenn der Arzt die zur Praxisbegehung und Überprüfung bei Begehung erforderliche Gestattung nicht erklärt oder die bei Überprüfung erforderliche Mitwirkung (Abs. 1 Satz 3, Anlage 3) verweigert.

- 4) Über die teilnehmenden Vertragsärzte führt jede Bezirksstelle der KVB ein Verzeichnis, das den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt wird.

§ 3 Leistungskatalog

Folgende Leistungen sind Gegenstand dieses Vertrages:

1. Ambulante Operationen

- ambulante Operationen nach den Katalogen der Nrn. 81 bis 87 EBM sowie der Zuschläge
- ambulante Operationen und Anästhesien nach den Nrn. 182 bis 189 EBM
- ambulante Operationen maligner Hauttumore (Basaliome, Spinaliome, Melanome) bei histologischem Befund nach den Komplex-Nrn. 2105K und 2106K. Die Nummern umfassen folgende Komplexe: 2105K = Nrn. 2, 17, 75, 80, 451 und 2105 EBM; 2106K = Nrn. 2, 17, 75, 80, 451, 2106 und 2151 EBM
- ambulante Anästhesien der Nrn. 452, 462, 463, 490 und 496 EBM, einschließlich des Zuschlags nach Nr. 90 EBM i.V.m. Nr. 462 EBM, mit Ausnahme im Zusammenhang mit Kataraktoperationen nach Nr. 1353 EBM bzw. Nr. 9402.
- postoperative Nachbetreuung der Nrn. 63 bis 66 EBM i.V.m. zuschlagsberechtigten ambulanten Operationen nach den Katalogen der Nrn. 81 bis 87 EBM, auch i.V.m. zuschlagsberechtigten Anästhesien nach den Nrn. 90 und 186 EBM

2. Belegärztliche Leistungen gemäß **Anlage 2 zum Strukturvertrag**

- siehe Protokollnotiz

3. Von fachärztlichen Internisten erbrachte Leistungen

- der Gastroenterologie nach der Nr. 741 EBM, wenn diese Leistung in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 100 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde
- der Gastroenterologie nach der Nr. 746 EBM
- der Koloskopie nach den Nrn. 763 (**bis 31.12.2002**), 764, 765 und 768 EBM, wenn die Leistungen nach den Nrn. 763, 764 und 156 bzw. 156S (Präv. Koloskopie) EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal insgesamt mindestens 50 mal (incl. Nr. 9406) für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurden
- der Endoskopie nach den Nrn. 750, 751 und 752 EBM
- der Kardiologie nach den Nrn. 614, 618, 619, 620, 621, 622 und 625 EBM, wenn die Leistungen nach den Nrn. 614, 618, 622 und 625 EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal insgesamt mindestens 50 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurden

- der Herzsintigraphie nach den Nrn. 5409, 5410 und 5411 EBM
 - der Pulmologie nach den Nrn. 725 und 726 EBM
 - der Angiologie nach den Nrn. 668, 686, 687 und 689 EBM, wenn die Leistung nach der Nr. 668 EBM mindestens 100 mal, die Leistung nach der Nr. 686 EBM mindestens 50 mal und die Leistung nach der Nr. 687 EBM mindestens 25 mal in dem die Abrechnung betreffenden Quartal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde
 - der Endokrinologie nach den Nrn. 686, 687, 689 und 5435 EBM, wenn die Leistung nach der Nr. 686 EBM mindestens 50 mal und die Leistung nach der Nr. 687 EBM mindestens 25 mal in dem die Abrechnung betreffenden Quartal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde (Bedingung: Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie)
 - der Nephrologie nach der Nr. 319 EBM (Bedingung: Führen der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie)
 - der Onkologie nach den Nrn. 278, 279, 280, 282, 63, 64, 65, 66 und 319 EBM (Bedingung: Anerkennung als onkologisch verantwortlicher Arzt, der Genehmigung zur Abrechnung der intravasalen zytostatischen Chemotherapie besitzt) (**bis 30.09.2002**)
 - der Pneumologie nach den Nrn. 319 EBM (Bedingung: Führen der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie)
4. Von Lungenärzten erbrachte Leistungen nach den Nrn. 725, 726 und 319 EBM
 5. Von hausärztlich tätigen Vertragsärzten erbrachte Notfallordinationsgebühr (Nr. 1 E in Höhe von 220 Punkten) bei Inanspruchnahme durch eigene Patienten (Mo. – Fr. in der Zeit von 21:00 bis 7:00 Uhr, sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen).
 6. Nrn. 2174K und 2175K bei sichtbaren Flächen an Kopf, Hals, Händen und Unterarmen.
 7. Von Ärzten erbrachte Leistungen nach der Nr. 728 EBM, die die Genehmigung zur Leistungserbringung haben.
 8. Von hausärztlich tätigen Vertragsärzten erbrachter „prä- und postoperativer Untersuchungskomplex“ (Nr. 13A in Höhe von 1200 Punkten) vor ambulanten, belegärztlichen und stationären Operationen.
 9. **Ab 2003**: Prästationäre Diagnostik (Näheres wird noch vereinbart).

§ 4 Qualitätssicherung

- 1) Die teilnehmenden Ärzte müssen die Qualifikationsvoraussetzungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V vom 13.06.1994 erfüllen.
- 2) Zur Überprüfung der in Absatz 1 genannten Qualifikationsvoraussetzungen werden von den Vertragspartnern Praxisbegehungen durchgeführt. Das Nähere wird in **Anlage 3 zum Strukturvertrag** geregelt.

§ 5 Vergütung

Die im § 3 festgelegten Leistungen werden wie folgt vergütet:

Voraussetzung für die Vergütung von ambulanten Operationen mit 5,11 Cent bzw. 4,35 Cent ist, dass die hierfür erforderliche Genehmigung von der KVB für das die Abrechnung betreffende Quartal erteilt wurde und für ambulante Operationen die Zuschläge nach den Nrn. 81 bis 87 EBM (einschl. der Nrn. 9402 und 9402A) in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 30 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) oder mindestens 25 mal für Regionalkassen abgerechnet und anerkannt wurden. Diese Mindesthäufigkeiten gelten nicht für die Komplexgebühren nach den Nrn. 2105K und 2106K.

Voraussetzung für die Vergütung von ambulanten Anästhesien mit 5,11 Cent ist, dass die hierfür erforderliche Genehmigung von der KVB für das die Abrechnung betreffende Quartal erteilt wurde und für Anästhesien den Zuschlag nach der Nr. 90 EBM (einschl. der Nrn. 183 und 187 EBM) in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 30 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) oder mindestens 25 mal für Regionalkassen abgerechnet und anerkannt wurden.

Mit einem Punktwert von 5,11 Cent

von hausärztlich tätigen Vertragsärzten erbrachte Leistungen

- nach der Nr. 13A

Mit einem Punktwert von 4,86 Cent

ab 01.10.2002: 5,11 Cent

Ambulante Operationen

- ambulante Operationen nach den Katalogen der Nrn. 82 bis 87 EBM sowie der Zuschläge
- ambulante Anästhesien der Nrn. 452, 462, 463, 490 und 496 EBM, einschließlich des Zuschlags nach Nr. 90 EBM i.V.m. Nr. 462 EBM
- postoperative Nachbetreuung der Nrn. 63 bis 66 EBM i.V.m. zuschlagsberechtigten ambulanten Operationen nach den Katalogen der Nrn. 81 bis 87 EBM, auch i.V.m. zuschlagsberechtigten Anästhesien nach den Nrn. 90 und 186 EBM.

Belegärztliche Leistungen gemäß Anlage 2

von fachärztlichen Internisten erbrachte Leistungen

- der Gastroenterologie nach der Nr. 741 EBM, wenn diese Leistung in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 100 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde
- der Gastroenterologie nach der Nr. 746 EBM
- der Koloskopie nach den Nrn. 763 (**bis 31.12.2002**), 764, 765 und 768 EBM, wenn die Leistungen nach den Nrn. 763 und 764 EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal insgesamt mindestens 50 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurden
- der Endoskopie nach den Nrn. 750, 751 und 752 EBM
- der Kardiologie nach den Nrn. 614, 618, 619, 620, 621, 622 und 625 EBM, wenn die Leistungen nach den Nrn. 614, 618, 622 und 625 EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal insgesamt mindestens 50 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurden
- der Herzsintigraphie nach den Nrn. 5409, 5410 und 5411 EBM und
- der Pulmologie nach den Nrn. 725 und 726 EBM
- der Angiologie nach den Nrn. 668, 686, 687 und 689 EBM, wenn die Leistung nach der Nr. 668 EBM mindestens 100 mal, die Leistung nach der Nr. 686 EBM mindestens 50 mal und die Leistung nach der Nr. 687 EBM mindestens 25 mal in dem die Abrechnung betreffenden Quartal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde
- der Endokrinologie nach den Nrn. 686, 687, 689 und 5435 EBM, wenn die Leistung nach der Nr. 686 EBM mindestens 50 mal und die Leistung nach der Nr. 687 EBM mindestens 25 mal in dem die Abrechnung betreffenden Quartal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde (Bedingung: Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie)
- der Nephrologie nach der Nr. 319 EBM (Bedingung: Führen der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie)
- der Onkologie nach den Nrn. 278, 279, 280, 282, 63, 64, 65, 66 und 319 EBM (Bedingung: Anerkennung als onkologisch verantwortlicher Arzt, der Genehmigung zur Abrechnung der intravasalen zytostatischen Chemotherapie besitzt) (**bis 30.09.2002**)
- der Pneumologie nach den Nrn. 319 EBM (Bedingung: Führen der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie)

von Lungenärzten erbrachte Leistungen

- nach den Nrn. 725, 726 EBM und Nr. 319 EBM

von hausärztlich tätigen Vertragsärzten erbrachte Leistungen

- nach der Nr. 1E

von Ärzten, die die Genehmigung zur Leistungserbringung haben, erbrachte Leistungen

- nach der Nr. 728 EBM

Mit einem Punktwert von 4,35 Cent

- Komplexgebühr für ambulante Operationen nach den Nrn. 2105K (1380 Punkte) und 2106K (2130 Punkte)
- ambulante Operationen und Anästhesien nach den Nrn. 182 bis 189 EBM
- ambulante Operationen nach dem Katalog der Nr. 81 EBM sowie dem Zuschlag
- Leistungen nach den Nrn. 2174K und 2175K

§ 6 Finanzierung

- 1) Die auf Grundlage dieses Strukturvertrages erbrachten und anerkannten Leistungen werden von den Krankenkassen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung mit den unter § 5 vereinbarten Punktwerten als Einzelleistung vergütet. Bedingung für die Vergütung nach Satz 1 ist die Durchführung von Begehungen der genutzten Praxis-/Operationsräume.
- 2) Für die Bereinigung der pauschalierten Gesamtvergütung gilt Modellrechnung Nr. 1 des 21. Nachtrages zum Gesamtvertrag.

§ 7 Laufzeit

- 1) Dieser Vertrag tritt am 01. Januar 2002 in Kraft und ersetzt den Vertrag ab 01.01.2001.
- 2) Dieser Vertrag endet zum 31. Dezember 2003 – analog zum 21. Nachtrag zum Gesamtvertrag.
- 3) Bei Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes prüfen die Vertragspartner inwieweit eine Anpassung dieses Vertrages erfolgt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Protokollnotizen

Nr. 1

Die Vertragspartner stimmen überein, dass ambulante Operationen auch im Krankenhaus durch Vertragsärzte durchgeführt werden können. Zur Umsetzung arbeiten die Vertragspartner zusammen.

Nr. 2

Die Vertragspartner sind sich einig, dass ambulante Operationen (vgl. § 3 Nr. 1) Vorrang vor der stationären, auch belegärztlichen Versorgung haben, soweit dies im Einzelfall medizinisch möglich und vertretbar ist.

Anlage 1 zum Strukturvertrag

An

die Bezirksstelle
der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Teilnahmeerklärung an dem Strukturvertrag

über die strukturelle und finanzielle Förderung
ambulanter Operationen, ausgewählter belegärztlicher Leistungen und ausgewählter fachärztlicher
internistischer Leistungen
- gültig ab 01. 10. 2002 -

zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Landesverbänden der
Krankenkassen in Bayern

Name: Arztnummer:

zugelassen am: als:

Praxisanschrift + Tel.:

.....

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Strukturvertrag für nachfolgende Leistungen (gemäß § 2
Abs. 2 des Strukturvertrags):

- Ambulante Operationen (gemäß § 3, Nr. 1 des Strukturvertrages)
- Ausgewählte belegärztliche Leistungen (gemäß Anlage 2 zum Strukturvertrag)
- Ausgewählte internistische Leistungen (gemäß § 3 Nrn. 3 und 4 des Strukturvertrages)
- Laser-Leistungen (gemäß § 3 Nr. 6 des Strukturvertrages)
- Nr. 728 EBM

Ich erbringe die Leistung:

a.)	in meiner Praxis	<input type="checkbox"/>
	und/oder	
b.)	außerhalb meiner Praxis	<input type="checkbox"/>
	und zwar bei (Name, Anschrift):	

.....

Bitte wenden!

2. Voraussetzung

Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen/ambulanter Anästhesien gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V liegt vor.

Ja

Nein

3. Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich mich, die Zielsetzungen des Strukturvertrages zu verfolgen, die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Strukturvertrag zu erfüllen. Weiterhin verpflichte ich mich, das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V nur bei den Patienten durchzuführen, die dies vor Beginn der Behandlung von sich aus ausdrücklich wünschen.

4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich, dass eine Begehung der von mir genutzten Praxis-/Operationsräume im Zusammenhang mit diesem Strukturvertrag durchgeführt wird.

5. Zusatzerklärung für belegärztliche Geburten nach den Nrn. 1022, 1025 und 1032 EBM

Ich erkläre,

a) dass das Krankenhaus, an dem ich Geburten leite, an der Perinatalstudie teilnimmt und

b) an diesem Krankenhaus im vergangenen Kalenderjahr mehr als 300 Geburten vorgenommen wurden. Maßgeblich ist die Gesamtzahl der Geburten an dem Krankenhaus.

Ja

Nein

Auf Verlangen der KVB weise ich die Richtigkeit der Voraussetzung nach b) durch Vorlage einer Bescheinigung der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung bzw. des Krankenhauses schriftlich nach.

6. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

....., den

Unterschrift und Vertragsarztstempel

Anlage 2 zum Strukturvertrag

Verzeichnis förderungswürdiger belegärztlicher Operationen

GOP	Wert der GOP-Nr.
97	7.500
98	12.000
1139	3.800
1368	3.600
2282	4.000
2346	5.000
2350	5.500
2395	8.000
2397	4.600
2416	3.600
2427	4.000
2443	3.500
2492	4.400
2493	5.400
2495	6.400
2496	8.000
2640	3.800
2645	6.200
2660	3.800
2666	4.600
2667	4.600
2710	4.800
2711	7.000
2715	4.400
2716	7.600
2840	4.500
2841	3.700
2843	4.800
2846	3.500
2848	4.200
2849	4.800
2910	7.500
2921	4.000
Bedingung für Nrn. 1022, 1025 und 1032: Teilnahme an der Perinatalstudie und 300 Geburten pro Beleg-Krankenhaus im Kalenderjahr	
1022	3000
9912	50 € Zuschlag zu 1022
1025	3800
9912	50 € Zuschlag zur 1025
1032	4.300
9912	50 € Zuschlag zu 1032

Anlage 3 zum Strukturvertrag

Die Vertragspartner regeln nachfolgend das Nähere gemäß § 2 Abs. 1 des Strukturvertrages zu den von ihnen durchzuführenden Praxisbegehungen:

- (1) Die Praxisbegehung erfolgt grundsätzlich durch die KVB:
 - a) Bei konkreten Hinweisen auf eine unzureichende Strukturqualität gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V.
 - b) Unabhängig von a) obligatorisch nach Abgabe der Erklärung gemäß § 2 des Strukturvertrages.

(vgl. Protokollnotiz)
- (2) Die Vertragspartner beauftragen von Abs. 1 abweichend die „Kommission Ambulantes Operieren - Bayern“ gemäß § 5 Abs. 2 bis 5 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrags nach § 115 b Abs. 1 SGB V mit der Durchführung der Begehungen nach § 4 Abs. 2 entsprechend der geltenden Geschäftsordnung; die nähere Durchführung regelt die Kommission selbst.
- (3) Der Termin der Begehung ist mit dem Arzt bzw. Krankenhaus abzustimmen. Dabei ist auf die betrieblichen Belange von Praxis und Krankenhaus Rücksicht zu nehmen und der Datenschutz zu wahren. Im Falle von Abs. 1 a) wird die Praxisbegehung unverzüglich durchgeführt.

Protokollnotiz:

Die KVB informiert die Vertragspartner über die Begehungen und deren Ergebnisse. Auf Wunsch können die Vertragspartner an den Praxisbegehungen teilnehmen

Anlage 2

zum 21. Nachtrag zum Gesamtvertrag

Strukturvertrag

über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Kataraktoperationen

zwischen der

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Präambel

Durch diesen Vertrag sollen ambulante Kataraktoperationen durch niedergelassene Augenärzte strukturell und finanziell gefördert werden. Die Vertragspartner wollen erreichen, dass ein nicht unerheblicher Teil der bisher durchgeführten stationären Kataraktoperationen bei gleicher Qualität durch niedergelassene Augenärzte ambulant durchgeführt und teure Krankenhausbehandlung vermieden wird (soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig).

§ 1 Leistungsumfang

Dieser Vertrag bezieht sich auf alle Formen der ambulanten extrakapsulären Kataraktoperation mit Implantation einer Intraokularlinse.

§ 2 Teilnahme

- (1) Voraussetzung für die Anwendung dieses Vertrags auf den Vertragsarzt ist die schriftliche Teilnahmeerklärung des Arztes gegenüber der jeweiligen Bezirksstelle der KVB. Wird aus diesem Strukturvertrag ausschließlich die GOP's 9401 und/oder 9404 abgerechnet, ist die Teilnahmeerklärung nicht abzugeben.

Mit dieser Teilnahme

- verpflichtet sich der Vertragsarzt, die Zielsetzungen dieses Strukturvertrages zu verfolgen,
- übernimmt es der Vertragsarzt, die ihn betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Strukturvertrag zu erfüllen und
- verpflichtet sich der Vertragsarzt nach Maßgabe der **Anlage 1 zum Strukturvertrag** die Praxisbegehung und Überprüfungen bei Begehung zu gestatten bzw. die Gestattung des

Berechtigten beizubringen und bei letzterem im erforderlichen Umfang mitzuwirken (§ 4 Abs. 1 und 2).

- verpflichtet sich der Vertragsarzt, die Leistungen nach § 1 sowie die Anästhesie ausschließlich nach den Regelungen dieses Vertrages abzurechnen.

Die Teilnahmeerklärung ist in der Fassung der **Anlage 1 zum Strukturvertrag** abzugeben.

- (2) Die Teilnahmeberechtigung kann von der KVB-Bezirksstelle entzogen werden, wenn der Vertragsarzt die Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Strukturvertrag (Absatz 1 Satz 3) nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt oder gegen vertragsärztliche Pflichten bei Erbringung der Leistungen nach § 3 verstößt.

- (3) Die Teilnahme an diesem Strukturvertrag endet

- mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
- mit dem Verzicht des Arztes auf die Teilnahme.

Die Teilnahme an dem Vertrag endet, ohne dass es eines Entzugs der Teilnahmeberechtigung nach Abs. 2 bedarf, wenn der Arzt die zur Praxisbegehung und Überprüfung bei Begehung erforderliche Gestattung nicht erklärt oder die bei Überprüfung erforderliche Mitwirkung (Abs. 1 Satz 3, Anlage 1) verweigert.

- 4) Über die teilnehmenden Vertragsärzte führt die KVB ein Verzeichnis, das den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt wird.

§ 3 Strukturelemente

- (1) Die Augenärzte verpflichten sich, den Patienten bei einer Kataraktoperation über die Möglichkeit der ambulanten Durchführung als Alternative zu einer stationären Krankenhausbehandlung zu beraten und ihn hierfür zu motivieren.

Des weiteren veranlasst bei festgestellter Indikation der nicht selbst operierende Augenarzt eine Überweisung zum ambulant operierenden Augenarzt sofern keine Gründe gegen die ambulante Durchführung sprechen (**präoperatives Modul des Augenarztes**).

- (2) Vor Durchführung der ambulanten Kataraktoperation hat der Operateur die Indikation des überweisenden Augenarztes zu bestätigen und festzustellen, ob Gründe der ambulanten Durchführung entgegen stehen (**präoperatives Modul des Operateurs**).

Die Operationsleistung setzt sich zusammen aus dem **Operationsmodul** für die eigentliche Kataraktoperation (Operateur) und einem **Anästhesiemodul**.

Die postoperative Überwachung nach der Kataraktoperation bis zur Entlassung aus der ambulant operativen Behandlung ist in der Komplexgebühr nach Nr. 9402 enthalten. Erfolgt die postoperative Überwachung nicht durch den Operateur sondern durch den Anästhesisten, ist diesem der anteilige Betrag von 51,13 EURO durch den Operateur zu vergüten.

Das **postoperative Nachbehandlungsmodul** umfasst über einen Zeitraum von max. 30 Tagen vier Arzt-Patientenkontakte im Rahmen der ambulanten Nachuntersuchung. Dieses postoperative Nachbehandlungsmodul kann je nach Durchführung entweder vom operierenden oder überweisenden Augenarzt in Anspruch genommen werden.

§ 4 Qualitätssicherung

- (1) Die teilnehmenden Ärzte müssen die Qualifikationsvoraussetzungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB vom 13.06.1994 erfüllen.

- (2) Zur Überprüfung der in Absatz 1 genannten Qualifikationsvoraussetzungen, werden von den Vertragspartnern Praxisbegehungen durchgeführt. Das Nähere wird in **Anlage 2** geregelt.
- (3) Um den Patienten ein höchstmögliches Maß an Qualität bei der operativen Durchführung der Kataraktoperation zu sichern, ist Voraussetzung für den operierenden Arzt zur Teilnahme an diesem Vertrag, dass er in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 30 Kataraktoperationen für GKV - Versicherte oder mindestens 25 Kataraktoperationen für Regionalkassenversicherte ambulant durchgeführt hat.

§ 5 Inhalt, Vergütung und Abrechnung der Leistungsmodule

Die Höhe der Vergütung der einzelnen Leistungsmodule ergibt sich aus der **Anlage 3 zum Strukturvertrag**.

§ 6 Sachkosten und Sprechstundenbedarf

Die derzeit geltende Vereinbarung zum Sprechstundenbedarf hat für diesen Vertrag Gültigkeit. Ebenfalls findet die Vereinbarung zur Abgeltung von Sachkosten u. a. im Zusammenhang mit ambulanten Operationen Anwendung (vgl. Protokollnotiz Nr. 4).

§ 7 Dokumentation

Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich, für jede im Rahmen der Vereinbarung ambulant durchgeführte Operation einen Dokumentationsbogen (**Anlage 4 zum Strukturvertrag**) auszufüllen. Dieser Dokumentationsbogen ist die Voraussetzung für die Vergütung der Leistungen gemäß dieses Vertrages.

§ 8 Inkrafttreten, Dauer

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2001 in Kraft. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2003.
- (2) Abweichend von Satz 1 endet die Vereinbarung am 31.12.2002, wenn von den Vertragspartnern gemeinsam festgestellt wird, dass bis 30.06.2002 keine spürbare Verlagerung von stationären (auch belegärztlichen) Kataraktoperationen in den ambulanten Sektor erfolgt ist (vgl. Protokollnotiz Nr. 1).

München, den 26. September 2001

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Körperschaft des öffentlichen Rechts

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Dr. med. Axel Munte
Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Helmut Platzer
Vorsitzender des Vorstandes

Protokollnotizen

Nr. 1

Zu § 8 Absatz 2:

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Vereinbarung zum 31.12.2002 endet, wenn festgestellt wird, dass keine deutliche Verlagerung der Kataraktoperationen aus dem stationären (auch belegärztlichen) Bereich in den ambulanten Sektor erfolgte.

Hierzu ermitteln die Vertragspartner nach Vorliegen der Abrechnungsquartale 1 und 2/2002 die Anzahl der ambulanten Kataraktoperationen (auch amb. Kataraktoperationen am Krankenhaus) und die Anzahl der stationären (auch belegärztlichen) Kataraktoperationen und vergleichen sie mit der jeweiligen Zahl der stationären bzw. ambulanten Kataraktoperationen aus den Abrechnungsquartalen 1/2000 und 2/2000. In diesem Messzeitraum wird eine Verlagerung von 10 v.H. der möglichen Operationen in den ambulanten Bereich angestrebt.

Um einen realistischen Vergleich zu ermöglichen, werden die Anzahl der Kataraktoperationen in den nachstehenden drei Sektoren verglichen:

1. stationär (inkl. belegärztlich)
2. ambulante Operationen am Krankenhaus
3. ambulante Operationen in der Praxis

bei Versicherten der AOK Bayern, der IKK Bayern, den landwirtschaftlichen Kranken- und Pflegekassen und den Betriebskrankenkassen in Bayern.

Nr. 2

Die Bereinigung der Kopfpauschalen erfolgt gemäß Modellrechnung 1 des 20. Nachtrags zum Gesamtvertrag. Die Kopfpauschalen werden für jeden ambulant operierten Kataraktfall um

M/F	200 P.
R	300 P.

bereinigt (anteiliges Praxisbudget der Augenärzte).

Nr. 3

Zu Anlage 3 Nr. 2 zu GOP 9402:

Die präoperative Diagnostik - einschließlich der Biometrie - des operierenden Augenarztes wird nach EBM innerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung abgerechnet.

Nr. 4

zu § 6:

Werden die ambulanten Operationen in den Räumen eines Krankenhauses oder einer sonstigen Einrichtung erbracht, ist anteilig der Zuschlag nach Nr. 87 BMÄ an das Krankenhaus bzw. die in Anspruch genommene Einrichtung weiterzuleiten. Der Zuschlag nach Nr. 87 BMÄ beträgt anteilig 233,15 EURO.

**Anlage 1
zum Strukturvertrag ambulante Kataraktoperationen**

An
die Bezirksstelle
der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Teilnahmeerklärung an dem Strukturvertrag
über die strukturelle und finanzielle Förderung
ambulanter Kataraktoperationen
- gültig ab 01. 10. 2001 -

Name: Arztnummer:

zugelassen am: als:

Praxisanschrift + Tel.:

.....

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Strukturvertrag ambulante Kataraktoperationen für den in § 1 genannten Leistungsumfang

Ich erbringe die Leistung:

a)	in meiner Praxis	<input type="checkbox"/>
	und/oder	
b)	außerhalb meiner Praxis	<input type="checkbox"/>
	und zwar bei (Name, Anschrift):	

2. Voraussetzungen

Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen/ambulanter Anästhesien gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V liegt vor.

Ja

Nein

Hiermit erkenne ich die Abrechnungsvoraussetzungen gemäß Anlage 3 des Strukturvertrags ambulante Kataraktoperationen an.

Ja

Nein

3. Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich mich, die Zielsetzungen der Strukturvereinbarung zu verfolgen, die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus der Strukturvereinbarung zu erfüllen. Weiterhin verpflichte ich mich, das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V nur bei den Patienten durchzuführen, die dies vor Beginn der Behandlung von sich aus ausdrücklich wünschen.

4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich, dass die „Kommission Ambulantes Operieren – Bayern“ nach Maßgabe der Anlage 2 die von mir genutzten Operationsräume begeht und auf Übereinstimmung mit den Qualifikationsanforderungen gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b SGB V überprüft.

5. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

....., den

Unterschrift und Vertragsarztstempel

**Anlage 2 zum Strukturvertrag
über die strukturelle und finanzielle Förderung
ambulanter Kataraktoperationen**

Die Vertragspartner regeln nachfolgend das Nähere gemäß § 4 Abs. 2 des Strukturvertrages zu den von ihnen durchzuführenden Praxisbegehungen:

- (1) Die Praxisbegehung erfolgt:
 - a) Bei konkreten Hinweisen auf eine unzureichende Strukturqualität gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V.
 - b) Unabhängig von a) obligatorisch nach Abgabe der Erklärung gemäß § 2 des Strukturvertrages.

- (2) Die Vertragspartner beauftragen die „Kommission Ambulantes Operieren - Bayern“ gemäß § 5 Abs. 2 bis 5 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrags nach § 115 b Abs. 1 SGB V mit der Durchführung der Begehungen nach § 4 Abs. 2 entsprechend der geltenden Geschäftsordnung; die nähere Durchführung regelt die Kommission selbst.

- (3) Der Termin der Begehung ist mit dem Arzt bzw. Krankenhaus abzustimmen. Dabei ist auf die betrieblichen Belange von Praxis und Krankenhaus Rücksicht zu nehmen und der Datenschutz zu wahren.

Anlage 3 zum Strukturvertrag
über die strukturelle und finanzielle Förderung
ambulanter Kataraktoperationen

Inhalt, Vergütung und Abrechnung der Leistungsmodule

1. Inhalt

Die Leistungen der ambulanten Kataraktoperationen werden in Modulen zusammengefasst, die folgende Leistungen beinhalten und jeweils vollständig erfüllt sein müssen:

Module	Augenarzt	Operateur	Anästhesist
Präoperatives Modul	Abklärung patientenseitiger Voraussetzungen ¹	präoperative Aufklärung Organisation und unmittelbare OP-Vorbereitung	
Operationsmodul		Operation einschließlich Dokumentation postoperative Überwachung ^{*1)}	Anästhesie, postoperative Überwachung ^{*1)}
Nachbehandlungsmodul	postoperative Behandlung vier Arzt-Patienten-Kontakten über einen Zeitraum von max. 30 Tagen ^{*2)}		

*1) Die postoperative Überwachung kann entweder vom Operateur oder vom Anästhesisten erbracht werden.

*2) Die postoperative Behandlung kann entweder vom Hausarzt/Facharzt oder vom Operateur abgerechnet werden.

2. Vergütung

Nr. 9401	<i>Präoperative Behandlung einschl. der Beratung des Patienten über die Möglichkeit der ambulanten Durchführung als Alternative zu einer Krankenhausbehandlung</i>	€ 51,13
Nr. 9404	<i>Postoperative Untersuchung innerhalb der ersten 30 Tagen nach der amb. Kataraktoperation (max. 81,81 € für 4 Untersuchungen)</i>	€ 20,45

Neben den Nrn. 9401 und 9404 können für den Kataraktfall keine Leistungen des EBM abgerechnet werden.

Die Nrn. 9401 und 9404 können nur abgerechnet werden, wenn die Operation ambulant erbracht wird. Das Verfahren ist in Anlage 4 (Dokumentationsbogen) geregelt.

Nr. 9402	<i>Komplexgebühr für die präoperative Aufklärung, Organisation und unmittelbare Op-Vorbereitung sowie die Kataraktoperation (Operation und Zuschlag) einschl. Dokumentation</i>	€ 587,98
----------	---	----------

Neben der Nr. 9402 ist die präoperative Diagnostik einschl. Biometrie nach EBM sowie ggf. die Nr. 75 EBM abrechenbar. Neben der Nr. 9402 ist die Nr. 9401 nicht abrechenbar.

¹ Der prä- und postoperative Untersuchungskomplex gemäß der Ziffer 13A ist durch den Hausarzt abrechenbar. (Fußnote auch bei postoperative Überwachung)

Nr. 9403	Komplexgebühr für das Anästhesieverfahren) für eine amb. Kataraktoperation einschl. Dokumentation	€ 102,26
----------	---	----------

Neben der Nr. 9403 sind im Kataraktfall keine weiteren Leistungen abrechenbar, mit Ausnahme zusätzlicher medizinisch notwendiger Leistungen zur Durchführung der Anästhesie (z. B. EKG; Blutzucker) sowie der Nr. 75 BMÄ.

Nr. 9405	Komplexgebühr für die postoperative Überwachung	€ 51,13
----------	---	---------

Die Pauschale für die postoperative Überwachung kann **entweder** vom Operateur **oder** vom Anästhesisten abgerechnet werden. Der die Pauschale abrechnende Arzt hat auf der Abrechnung den Namen des mitbehandelnden Operateurs bzw. Anästhesisten anzugeben. Führt der Operateur auch die Anästhesie selbst durch, hat er seinen Namen anzugeben.

3. Abrechnung

1. Die Leistungsmodule der in dieser Vereinbarung enthaltenen Operationen rechnet der beteiligte Arzt über den Behandlungsschein des Patienten ab.
2. Die Vertragsärzte rechnen kalendervierteljährlich mit der zuständigen KVB-Bezirksstelle ab.
3. Die KVB-Bezirksstellen erfassen diese Leistungen kalendervierteljährlich im Rahmen der Abrechnung für kurative Leistungen und rechnen sie mit der jeweils zuständigen Krankenkasse ab. Zusätzlich werden die Zahl der Leistungen und die dafür angefallenen Kosten - getrennt nach M/F/R - ausgewiesen.
4. Für die Abrechnung gelten im übrigen die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages. Diese Leistungen werden in den Formblättern 3a und 3 (DM - Volumen bzw. EURO - Volumen) erfasst.
5. In den Häufigkeitsstatistiken sowie in der kassenbezogenen Häufigkeitsstatistik L'IHG053 werden diese Leistungen einzeln aufgenommen.

**Anlage 4 zum Strukturvertrag
über die strukturelle und finanzielle Förderung
ambulanter Kataraktoperationen**

Dokumentationsbogen

Bei Bedarf bitte bei der für Sie zuständigen KVB-Bezirksstelle anfordern.

**Anlage 3
zum 21. Nachtrag zum Gesamtvertrag**

V e r t r a g

**über die Verbesserung der Transparenz der Leistungserbringung
bei der genehmigungspflichtigen Psychotherapie**

Die Anlage 3 und Ihre Anlagen gelten in der Fassung des 20. Nachtrages zum Gesamtvertrag weiter und enden zum 31.12.2003, analog zum 21. Nachtrag.

§ 1 Zielsetzung

Die Krankenkassen erhalten derzeit keine aussagekräftigen Daten, aus denen sie den Anteil der Inanspruchnahme der von ihnen genehmigten psychotherapeutischen Leistungen erkennen können. Durch diesen Vertrag soll dazu beigetragen werden, dass das Leistungsgeschehen im Zusammenhang mit der genehmigungspflichtigen Psychotherapie für die Krankenkassen transparenter wird.

§ 2 Teilnahme

- 1) Teilnahmeberechtigt sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Mitglieder der KVB sowie Personen gemäß § 117 Abs. 2 SGB V -nachfolgend Vertragsärzte/Psychotherapeuten genannt-, die berechtigt sind, zeitgebundene, genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie nach den Nummern 871 bis 884 EBM zu erbringen.
- 2) Voraussetzung für die Anwendung dieses Vertrags auf den Vertragsarzt/Psychotherapeut ist die schriftliche Teilnahmeerklärung des Arztes gegenüber der jeweiligen Bezirksstelle der KVB (**Anlage 1**).
- 3) Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der Vertragsarzt/Psychotherapeut jedes Quartal die Abrechnungserklärung gemäß **Anlage 2** vollständig ausgefüllt an die jeweilige Bezirksstelle der KVB weiterzuleiten.
- 4) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet
 - mit Wegfall einer in Abs. 1 genannten Voraussetzung
 - mit dem Verzicht des Vertragsarztes/Psychotherapeuten auf die Teilnahme
- 5) Über die teilnehmenden Vertragsärzte/Psychotherapeuten führt jede Bezirksstelle der KVB ein Verzeichnis, das den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt wird.

§ 3 Vergütung

- 1) Für die nach §2 des Vertrages teilnehmenden Vertragsärzte/Psychotherapeuten werden zeitgebundene, genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie nach den Nummern 871 bis 884 EBM abweichend von Anlage A I. Nr. 2.7 des 20. Nachtrags zum Gesamtvertrag mit einem Punktwert von 5,11 Cent vergütet.
- 2) Abweichend von Satz 1 werden die Leistungen im 1. Quartal 2001 mit einem Punkt von 4,22 Cent, im 2. Quartal 2001 mit einem Punktwert von 6 Cent vergütet.

§ 4 Erklärung zur Abrechnung

- 1) Die Erklärung zur Abrechnung ist zusammen mit der Quartalsabrechnung, vollständig ausgefüllt und von jedem Patienten sowie Vertragsarzt/Psychotherapeuten unterschrieben bei der jeweiligen Bezirksstelle der KVB einzureichen.
- 2) Die Einreichung erfolgt sortiert nach Kassenarten. Nach Prüfung der Abrechnungserklärungen werden diese an die jeweiligen bayerischen Krankenkassen weitergeleitet.
- 3) Die Krankenkassen verpflichten sich, die Erklärungen zur Abrechnung nur zur Erfüllung ihrer Leistungspflicht einzusehen.
- 4) Für den Fall, dass die Erklärung nach Anlage 2 den datenschutzrechtlichen Bestimmungen nicht genügt, werden die Vertragspartner diese Erklärung entsprechend anpassen. Der Vergütungsanspruch nach § 3 wird von evtl. Datenschutzmängeln der Erklärung bzw. notwendigen Anpassungen nicht berührt.

§ 5 Laufzeit

- 1) Dieser Vertrag tritt am 01. Januar 2001 in Kraft und endet am 31.12.2001, analog zum 20. Nachtrag zum Gesamtvertrag.
- 2) Bei Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes prüfen die Vertragspartner inwieweit eine Anpassung dieses Vertrages erfolgt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Anlage 1 zum Transparenzvertrag Psychotherapie

Arzt-/Psychotherapeuten - Nr.:

.....

Rückantwort

**An die
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns**

Bezirksstelle

**Teilnahme an der Sondervereinbarung mit der AOK Bayern, der IKK Bayern und den
Landwirtschaftlichen Krankenkassen in Bayern**

Ich erkläre, dass ich ab dem 3. Quartal 2001 an der zwischen den o. g. Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns abgestimmten Vereinbarung teilnehme, indem ich für jeden Patienten eine von ihm und von mir unterschriebene Erklärung mit der Quartalsabrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns einreiche.

Die Vereinbarung und die einzureichende Erklärung sind mir bekannt.

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/
Psychotherapeuten

Anlage 2 zum Transparenzvertrag Psychotherapie

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapp schaft	UV ¹⁾
Name, Vorname des Versicherten							
geb.am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis					

Arzt-/Psychotherapeuten-Nr.:

Stempel des Vertragsarztes bzw.
Psychotherapeuten

Erklärung zur Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen des Abschnitts G IV EBM zur Weiterleitung an die Krankenkasse

Bestätigung des Versicherten/des Erziehungsberechtigten:

Ich bestätige, dass ich/mein Kind im Quartal .../..... bei dem oben genannten Arzt/Psychotherapeuten
an Sitzungen teilgenommen habe.

Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Erklärung des behandelnden Arztes/Psychotherapeuten:

Ich erkläre, dass die Behandlung des o. g. Patienten

ð fortgeführt wird

ð im Quartal beendet wurde

Die Unterschrift des Patienten fehlt, weil er aus folgendem Grund nicht erreichbar war:

Datum

Unterschrift des Arztes/Psychotherapeuten

Anlage 4
zum 21. Nachtrag zum Gesamtvertrag

Regionale Vereinbarung

über die

**strukturelle und finanzielle Förderung
ausgewählter Leistungen**

(STRUKTURVERTRAG)

§ 1 Ziel des Vertrages

Ziel dieses Vertrags ist es, diejenigen Fachgruppen bzw. Untergruppen einer Fachgruppe zu fördern, bei denen die Erbringung bestimmter Leistungen zur Sicherstellung einer qualifizierten vertragsärztlichen Versorgung vordringlich ist. Gleichzeitig wird besonderer Wert auf zusätzliche Qualitätssicherungsaspekte gelegt, die dazu beitragen sollen, die Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung weiter zu steigern und bessere Qualität honorarpolitisch auch zu würdigen.

§ 2 Teilnahme

- (1) Voraussetzung für die Anwendung dieses Vertrags auf den Vertragsarzt ist die Zulassung in dem jeweils angegebenen Fachgebiet bzw. die schriftliche Teilnahmeerklärung des Arztes gegenüber der jeweiligen Bezirksstelle der KVB. Die Abgabe einer Teilnahmeerklärung ist erforderlich, wenn Leistungen nach § 3 mit Ausnahme der Absätze 3, 4, 5 und/oder 8 erbracht werden.

Mit dieser Teilnahmeerklärung

- verpflichtet sich der Vertragsarzt, die Zielsetzungen des Strukturvertrages zu verfolgen,
- übernimmt es der Vertragsarzt, die ihn betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Strukturvertrag zu erfüllen und
- verpflichtet sich der Vertragsarzt nach Maßgabe des § 4 die Praxisbegehung und Überprüfungen bei Begehung zu gestatten bzw. die Gestattung des Berechtigten beizubringen und im erforderlichen Umfang mitzuwirken.

Die Teilnahmeerklärung ist in der Fassung der Anlage 1 abzugeben.

- (2) Die Teilnahmeberechtigung kann von der Bezirksstelle entzogen werden, wenn der Vertragsarzt die Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Vertrag (Absatz 1 Satz 2) nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt oder gegen vertragsärztliche Pflichten bei Erbringung der Leistungen nach § 3 verstößt.
- (3) Die Teilnahme an diesem Strukturvertrag endet
- mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - mit Beendigung der Zulassung in jeweils angegeben Fachgebiet,
 - mit dem Verzicht des Arztes auf die Teilnahme.

Die Teilnahme an dem Vertrag endet, ohne dass es eines Entzugs der Teilnahmeberechtigung nach Abs. 2 bedarf, wenn der Arzt die zur Praxisbegehung und Überprüfung bei Begehung erforderliche Gestattung nicht erklärt oder die bei Überprüfung erforderliche Mitwirkung (Abs. 1 Satz 2, Anlage 3) verweigert.

- (4) Über die teilnehmenden Vertragsärzte führt jede Bezirksstelle der KVB ein Verzeichnis, das den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt wird.

§ 3 Leistungskatalog und Vergütung

(1) Hygienemaßnahmen bei flexiblen Endoskopen

Als Zuschlag für die Hygienemaßnahmen bei flexiblen Endoskopen (Nrn. 725, 735, 738, 740, 741, 746, 750, 751, 752, 760, 763, 764, 1784, 1785 EBM) vergüten die Krankenkassen für jede Untersuchung einen Betrag von 6,40 €.

Der Zuschlag wird unter der Nr. 9911 abgerechnet.

Das abgerechnete € - Volumen wird im Formblatt 3 unter Position F-99-90-88, die Zahl der abgerechneten Leistungen werden in der kassenbezogenen Häufigkeitsstatistik L'IHG053 ausgewiesen.

Die mikrobiologische Untersuchung wird von der AOK Bayern zweimal jährlich je Praxis vergütet. Hierzu werden von der Praxis die Rechnungen bei der jeweiligen KVB-Bezirksstelle eingereicht. Die KVB stellt den Anteil dieser Kosten der AOK Bayern in Rechnung. Der Anteil der AOK Bayern an den Kosten entspricht dem Verhältnis, wie sich die Anzahl der Untersuchungen mit flexiblen Endoskopen für die AOK Bayern zur Gesamtzahl der Untersuchungen mit flexiblen Endoskopen für die GKV im jeweiligen Abrechnungsquartal verhält.

Voraussetzung für die Abrechnung der Nr. 9911 sowie der Erstattung der Kosten für die mikrobiologische Untersuchung ist das Zertifikat der KVB.

Das abgerechnete € - Volumen wird im Formblatt 3 unter Position F-99-90-88 ausgewiesen.

(2) Leistungen der Mammographie

Die Leistungen der Mammographie nach den Nrn. 5091, 5092 und 5093 EBM werden mit einem Punktwert von 5,11 Cent vergütet, sofern eine von der KVB ausgestellte Rezertifizierungsurkunde vorliegt.

(3) Besuche

Besuche nach den Nrn. 25, 25N, 26 und 26N EBM werden mit einem Punktwert von 5,11 Cent vergütet.

(4) Wegepauschalen

Wegepauschalen i. V. m. den Nrn. 25, 25N, 26, 26N, 29 und 29N EBM werden gemäß Anlage B I. Nr. 8 und B II. Nr. 9 vergütet.

(5) Bereitschaftsdienstpauschale für den organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) organisiert nach Maßgabe der Bereitschaftsdienstordnung der KVB im Zusammenwirken mit ihren Mitgliedern einen Ärztlichen Bereitschaftsdienst im Sinne von § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V, soweit die Versorgung der Patienten durch das Sprechstundenangebot der Vertragsärzte nicht oder nicht ausreichend sichergestellt ist.

Die AOK Bayern vergütet für den organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB eine Bereitschaftsdienstpauschale entsprechend den nachstehenden Regelungen:

1. Anspruchsberechtigte Ärzte:

- a) Vertragsärzte, die ihre Bereitschaftsdienste im Rahmen des organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVB in eigener Person durchführen
- b) Vertragsärzte, die für andere Vertragsärzte ihrer Bereitschaftsdienstgruppe Bereitschaftsdienste im Rahmen des organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVB durchführen
- c) Vertragsärzte, die in Bereitschaftspraxen der KVB und Bereitschaftspraxen in Kooperation mit der KVB am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB teilnehmen

2. Zeiten des Bereitschaftsdienstes:

Die Bereitschaftsdienstpauschale wird für die von der KVB - Bezirksstelle auf der Grundlage der Bereitschaftsdienstordnung festgelegten Zeiten gezahlt. Diese Zeiten sind im Dienstplan ausgewiesen.

Keine Pauschale wird gezahlt für Zeiten der gegenseitigen kollegialen Vertretung, für belegärztliche Dienste, für konsiliarärztliche Dienste und für Dienste, die außerhalb der eigenen Bereitschaftsdienstgruppe durchgeführt werden.

3. Höhe der Bereitschaftsdienstpauschale:

Jede anerkannte Bereitschaftsdienststunde im organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst wird mit einem festen €-Betrag vergütet

- a) in der Zeit von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr
- b) in der Zeit von 20:00 Uhr bis 08:00 Uhr.

Die kalkulatorischen Stundensätze für den Arzt betragen 4,70 € für die Tag-Stunde und 8,33 € für die Nacht-Stunde.

Der Anteil der AOK Bayern an den Stundensätzen entspricht dem Verhältnis, wie sich die Anzahl der Fälle im organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst (O-Fälle) für die AOK Bayern zur Gesamtzahl der Fälle im organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst (O-Fälle) für die GKV im jeweiligen Abrechnungsquartal verhält.

4. Abrechnung:

Der Arzt rechnet für jeden Tag, an dem er den organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst nach den Kriterien von Abs. 1. durchgeführt hat, die Zahl der Tag-Stunden bzw. die Zahl der Nacht-Stunden kumuliert auf einem hierfür eigens ausgestellten Abrechnungsschein ab. Abrechnungsnummer für die Tag-Stunde ist die Nr. 9606, für die Nacht-Stunde die Nr. 9607.

Das abgerechnete € - Volumen wird im Formblatt 3 unter Position F-99-90-88, die Zahl der abgerechneten Leistungen werden in der kassenbezogenen Häufigkeitsstatistik L'IHG053 ausgewiesen.

Die Bereitschaftsdienstpauschale wird zusätzlich zu der Vergütung der ärztlichen Leistungen gezahlt.

Die KVB-Bezirksstellen verpflichten sich, eingehende Prüfungen hinsichtlich der Richtigkeit der Abrechnungen durchzuführen und die Abrechnungen ggf. zu berichtigen.

(6) Onkologie

Die Leistungen nach den Nrn. 8650 und 8651 werden gemäß der Onkologievereinbarung vergütet (FBl.3 D-01-51-00).

Alle Leistungen eines Behandlungsfalles, in dem die Nr. 8651 abgerechnet und anerkannt wurde, werden mit 5,11 Cent vergütet.

(7) Strahlentherapeutische Leistungen

Die Leistungen nach den Nrn. 7019 bis 7031 EBM werden vergütet mit einem Punktwert von

- 4,97 Cent für Ärzte, die eigene bauliche Voraussetzungen nachweisen
- 4,70 Cent für Ärzte, die keine eigenen bauliche Voraussetzungen nachweisen
- 3,95 Cent für ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen

(8) Augenärztliche Leistungen

Der von zugelassenen Augenärzten für Leistungen nach den Nrn. 1210, 1211, 1212, 1213 und 1214 EBM (Kontaktlinsenanpassung) erbrachte und anerkannte Leistungsbedarf wird mit einem Punktwert von 5,11 Cent vergütet

(9) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie

Von zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychiatern erbrachte Leistungen nach den Nrn. 846, 849 und 960 EBM werden mit einem Punktwert von 5,11 Cent vergütet.

(10) Psychiatrische Leistungen

Der von zugelassenen Psychiatern und Nervenärzten für Leistungen nach Kapitel G II EBM (mit Ausnahme der Leistungen für Soziotherapie nach den Nrn. 819, 830 und 831 EBM) erbrachte und anerkannte Leistungsbedarf wird mit einem Punktwert von 5,11 Cent vergütet., sofern die abgerechnete und anerkannte Punktezahl für Leistungen nach Kapitel G II EBM je Praxis mehr als 50 v. H. der gesamten abgerechneten und anerkannten Punktezahl je Praxis beträgt. Basis für die Berechnung nach Satz 1, letzter Halbsatz ist das Abrechnungsquartal 2/2002. Für Praxisneugründungen können die Vertragspartner einvernehmlich eine von Satz 1 abweichende Regelung treffen.

(11) Behandlung chronischer Wunden:

Der von zugelassenen Chirurgen, Hautärzten oder von Hausärzten für Leistungen nach den Nrn. 2020, 2021 und 2022 EBM erbrachte und anerkannte Leistungsbedarf wird mit einem Punktwert von 5,11 Cent vergütet, sofern die Leistungen mindestens 5 mal im Behandlungsfall erbracht wurden.

Einzelheiten zu Qualifikationsanforderungen und Dokumentation werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt.

(12) Hörgeräteanpassung

Von zugelassenen HNO - Ärzten im Rahmen der Hörgeräteanpassung erbrachte Leistungen werden mit einem Punktwert von 5,11 Cent vergütet.

Einzelheiten zu Qualifikationsanforderungen, Dokumentation und Leistungsumfang werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt. (vgl. Anlage 2 zu dieser Vereinbarung)

(13) Orthopädische Leistungen

Orthopäden mit Schwerpunkt Rheumatologie erhalten für Patienten mit rheumatoider Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen oder mit Psoriasis-Arthritis oder mit Kollagenosen je Behandlungsfall einen Zuschlag in Höhe von 46 €

Versorgung mit orthopädischem Schuhwerk.
Einzelheiten werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt .

(14) Allergologie

Einzelheiten werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt.

(15) Pathologie/Zytologie *

1. Zugelassene oder ermächtigte Ärzte, die die Genehmigung zur Erbringung der Nr. 4951 EBM haben, erhalten den erbrachten und anerkannten Leistungsbedarf nach den Nrn. 168 und 4951 EBM mit einem Punktwert von 5,11 Cent, nach der Nr. 155 mit einem €-Betrag in Höhe von 7,15 € vergütet, sofern sie eine Genehmigung der KVB zur Teilnahme an der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen für den Bereich Zytologie haben.
Die Genehmigung wird auf Antrag (Anlage 1) bei erfolgreich absolvierter Sonderzertifizierungsprüfung erteilt.
Der Antrag ersetzt die Teilnahmeerklärung nach § 2 Abs. 1 Satz 3.
Der einmal pro Jahr erforderliche Qualitätssicherungsbericht ist mit dieser Vergütung abgegolten.
2. Zugelassene oder ermächtigte Ärzte erhalten den erbrachten und anerkannten Leistungsbedarf nach den Nrn. 4900, 4902 und 4916 EBM mit einem Punktwert von 5,11 Cent vergütet, sofern sie eine Genehmigung der KVB zur Teilnahme an der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen für den Bereich Pathologie haben. Dies gilt vorläufig noch nicht für Dermatologen, Näheres wird noch vereinbart.
Die Genehmigung wird auf Antrag (Anlage 1) bei erfolgreich absolvierter Sonderzertifizierungsprüfung erteilt.
Der Antrag ersetzt die Teilnahmeerklärung nach § 2 Abs. 1 Satz 3.
3. Die Sonderzertifizierung wird ab 01.07.2003 durchgeführt.
4. Erfolgt die Sonderzertifizierung noch im 3. Quartal 2003, erhält der Arzt einen Punktwertzuschlag in den Quartalen 3 und 4/2003.
Erfolgt die Sonderzertifizierung noch im 4. Quartal 2003, erhält der Arzt einen Punktwertzuschlag im Quartal 4/2003.
Einzelheiten werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt.

(16) Ergometrie nach der Nr. 604

Einzelheiten werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt.

gültig ab
27.05.04

§ 4 Praxisbegehung

- (1) Die Praxisbegehung erfolgt grundsätzlich durch die KVB:
 - a) Bei konkreten Hinweisen auf eine unzureichende Strukturqualität
 - b) Unabhängig von a) obligatorisch nach Abgabe der Erklärung gemäß § 2 des Strukturvertrages.

(vgl. Protokollnotiz)

- (2) Der Termin der Begehung ist mit dem Arzt bzw. Krankenhaus abzustimmen. Dabei ist auf die betrieblichen Belange von Praxis und Krankenhaus Rücksicht zu nehmen und der Datenschutz zu wahren. Im Falle von Abs. 1 a) wird die Praxisbegehung unverzüglich durchgeführt.

§ 5 Finanzierung

- 1) Die Leistungen nach § 3 werden außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet. Für die Bereinigung der pauschalierten Gesamtvergütung gilt Modellrechnung Nr. 1 des 21. Nachtrages zum Gesamtvertrag.
- 2) Zur Finanzierung der Leistungen nach § 3 stellt die AOK Bayern im Jahr 2002 und 2003 jeweils 26.367.300 € zusätzlich zur Verfügung (vgl. Protokollnotiz).

Mit dem Betrag werden

- die in § 3 aufgeführten Leistungen mit festem Punktwert bzw. €- Betrag
- die Sonderbedarfszulassungen
- die Erhöhung der Vergütung für Mutterschaftsvorsorge gemäß Anlage B, II. Nr. 9
- die Erhöhung des Punktwertes für Leistungen der Anlage 1 zum 21. Nachtrag
- die Erweiterung der Anlage 1 zum 21. Nachtrag um Angiologie und die Einführung eines Zuschlags für Geburten

finanziert.

§ 6 Laufzeit

- 1) Dieser Vertrag tritt am 01. Juli 2002 in Kraft.

Abweichend hiervon treten in § 3

- die Absätze 1 bis 4 und 6, 8 bis 10 zum 01.10.2002
- die Absätze 5, 7 und 11 bis 13 zum 01.01.2003
- die Absätze 14 bis 16 zum 01.04.2003

in Kraft.

- 2) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2003.
- 3) Bei Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes prüfen die Vertragspartner inwieweit eine Anpassung dieses Vertrages erfolgt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Protokollnotizen:

zu § 3

Sofern keine Regelung zur Förderung von nuklearmedizinischen Leistungen in die „Vereinbarung zur Abgeltung von Sachkosten u. a.“ aufgenommen wird, werden die Vertragspartner noch während der Laufzeit eine Regelung in diese Vereinbarung aufnehmen.

zu § 4

Die KVB informiert die Vertragspartner über die Begehungen und deren Ergebnisse. Auf Wunsch können die Vertragspartner an den Praxisbegehungen teilnehmen.

zu § 5

Die Vertragspartner werden die Entwicklung quartalsweise beobachten und ggf. noch im lfd. Vertragszeitraum Maßnahmen ergreifen, um Unterschreitungen oder nicht durch Einsparungen gedeckte Überschreitungen der Obergrenze in Gesamtzeitraum möglichst zu vermeiden.

Quartalsweise nicht verbrauchte Mittel werden in das jeweilige Folgequartal des Vertragszeitraums übertragen.

Anlage 1
zum S T R U K T U R V E R T R A G

über die

**strukturelle und finanzielle Förderung
ausgewählter Leistungen**

Teilnahmeerklärungen/Anträge

ENDOSKOPIE

An
die Bezirksstelle
der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

**Teilnahmeerklärung
an der
Regionalen Vereinbarung über die
strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen
(STRUKTURVERTRAG)
- gültig ab 01. 10. 2002 -**

Name: Arztnummer:

zugelassen am: als:

Praxisanschrift + Tel.:

.....

1. Voraussetzung

Voraussetzung zur Leistungserbringung ist das Vorliegen eines durch die KVB ausgestellten gültigen Zertifikats. Läuft die Gültigkeitsfrist des Zertifikats während eines Quartals ab, ist die Teilnahme noch bis zum Ende des Quartals möglich. Bei rechtzeitigem Vorliegen eines erneuten Zertifikats verlängert sie sich.

2. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Strukturvertrag für **Hygienemaßnahmen an flexiblen Endoskopen** gemäß § 3 Abs. 1 des Strukturvertrags.

Ich erhalte für jede Untersuchung mittels flexiblem Endoskop (Nrn. 725, 735, 738, 740, 741, 746, 750, 751, 752, 760, 763, 764, 1784, 1785 EBM) einen Betrag von 6,40 € als Zuschlag für die Hygienemaßnahmen. Zusätzlich erhalte ich nach Einreichung der jeweiligen Rechnung bei der für mich zuständigen KVB-Bezirksstelle die nachgewiesenen Kosten für die mikrobiologische Untersuchung zweimal jährlich (anteilig für Regionalkassen) vergütet, wenn die Hygienestandards durch diese Untersuchung als erfüllt nachgewiesen wurden. Die Höhe der anteiligen Vergütung ergibt sich aus § 3 Abs. 1 des Strukturvertrags.

Ich erbringe diese Leistungen: a.) in meiner Praxis und/oder
b.) außerhalb meiner Praxis
und zwar bei (Name, Anschrift):

.....

3. Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich mich, die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Strukturvertrag zu erfüllen. Weiterhin verpflichte ich mich, das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V nur bei den Patienten durchzuführen, die dies vor Beginn der Behandlung von sich aus ausdrücklich wünschen.

4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich, dass nach Maßgabe des § 4 des Strukturvertrags eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume durchgeführt wird.

5. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

....., den

Unterschrift und Vertragsarztstempel

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER

An
die Bezirksstelle
der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

**Teilnahmeerklärung
an der
Regionalen Vereinbarung über die
strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen
(STRUKTURVERTRAG)
- gültig ab 01. 10. 2002 -**

Name: Arztnummer:

zugelassen am: als:

Praxisanschrift + Tel.:

.....

1. Voraussetzung

Ich bin als Kinder- und Jugendpsychiater zugelassen.

2. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Strukturvertrag für die Leistungen nach Ziffer 846, 849 und 960 EBM gemäß § 3 Abs. 9 des Strukturvertrags.

Ich erbringe diese Leistungen: a.) in meiner Praxis und/oder
b.) außerhalb meiner Praxis
und zwar bei (Name, Anschrift):

.....

3. Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich mich, die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Strukturvertrag zu erfüllen. Weiterhin verpflichte ich mich, das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V nur bei den Patienten durchzuführen, die dies vor Beginn der Behandlung von sich aus ausdrücklich wünschen.

4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich, dass nach Maßgabe des § 4 des Strukturvertrags eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume durchgeführt wird.

6. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

....., den

Unterschrift und Vertragsarztstempel

MAMMOGRAPHIE

An
die Bezirksstelle
der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

**Teilnahmeerklärung
an der
Regionalen Vereinbarung über die
strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen
(STRUKTURVERTRAG)
- gültig ab 01. 10. 2002 -**

Name: Arztnummer:

zugelassen am: als:

Praxisanschrift + Tel.:

1. Voraussetzung

Voraussetzung zur Leistungserbringung ist das Vorliegen einer durch die KVB ausgestellten gültigen Rezertifizierungsurkunde. Läuft die Gültigkeitsfrist der Rezertifizierungsurkunde während eines Quartals ab, ist die Teilnahme noch bis zum Ende des Quartals möglich. Bei rechtzeitigem Vorliegen einer erneuten Rezertifizierungsurkunde verlängert sie sich.

2. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Strukturvertrag **für die Leistungen der Mammographie nach Ziffer 5091, 5092 und 5093 EBM** gemäß § 3 Abs. 2 des Strukturvertrags.

Ich erbringe diese Leistungen: a.) in meiner Praxis und/oder
b.) außerhalb meiner Praxis
und zwar bei (Name, Anschrift):

3. Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich mich, die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Strukturvertrag zu erfüllen. Weiterhin verpflichte ich mich, das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V nur bei den Patienten durchzuführen, die dies vor Beginn der Behandlung von sich aus ausdrücklich wünschen.

4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich, dass nach Maßgabe des § 4 des Strukturvertrags eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume durchgeführt wird.

5. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

....., den

Unterschrift und Vertragsarztstempel

NERVENÄRZTE/PSYCHIATER

An
die Bezirksstelle
der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

**Teilnahmeerklärung
an der
Regionalen Vereinbarung über die
strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen
(STRUKTURVERTRAG)
- gültig ab 01. 10. 2002 -**

Name: Arztnummer:

zugelassen am: als:

Praxisanschrift + Tel.:

.....

1. Voraussetzung

- a) Ich bin als Psychiater oder/und Nervenarzt zugelassen.
b) Die von mir im Abrechnungsquartal 2/2002 abgerechnete und anerkannte Punktezahl für Leistungen nach Kapitel G II EBM beträgt nach Berechnungen der KVB mehr als 50 v. H. der gesamten abgerechneten und anerkannten Punktezahl je Praxis.

2. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Strukturvertrag **für die psychiatrischen Leistungen nach Kapitel G II EBM** (mit Ausnahme der Leistungen für Soziotherapie nach den Nrn. 819, 830 und 831 EBM) gemäß § 3 Abs. 10 des Strukturvertrags.

Ich erbringe diese Leistungen: a.) in meiner Praxis und/oder
b.) außerhalb meiner Praxis
und zwar bei (Name, Anschrift):

.....

3. Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich mich, die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Strukturvertrag zu erfüllen. Weiterhin verpflichte ich mich, das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V nur bei den Patienten durchzuführen, die dies vor Beginn der Behandlung von sich aus ausdrücklich wünschen.

4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich, dass nach Maßgabe des § 4 des Strukturvertrags eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume durchgeführt wird.

5. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

....., den

Unterschrift und Vertragsarztstempel

ONKOLOGIE

An
die Bezirksstelle
der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

**Teilnahmeerklärung
an der
Regionalen Vereinbarung über die
strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen
(STRUKTURVERTRAG)
- gültig ab 01. 10. 2002 -**

Name: Arztnummer:

zugelassen am: als:

Praxisanschrift + Tel.:

.....

1. Voraussetzung

Voraussetzung zur Leistungserbringung ist eine entsprechende Genehmigung hinsichtlich der Ziffer 8651 EBM durch die KV.

2. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Strukturvertrag **für onkologische Leistungen** gemäß § 3 Abs. 6 des Strukturvertrags: Die Leistungen der Nrn. 8650 und 8651 nach der Onkologievereinbarung werden außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung finanziert. Alle Leistungen eines Behandlungsfalles, in dem die Nr. 8651 abgerechnet und anerkannt wurde, werden mit einem festen Punktwert außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet.

Ich erbringe diese Leistungen: a.) in meiner Praxis und/oder
b.) außerhalb meiner Praxis
und zwar bei (Name, Anschrift):

.....

3. Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich mich, die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Strukturvertrag zu erfüllen. Weiterhin verpflichte ich mich, das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V nur bei den Patienten durchzuführen, die dies vor Beginn der Behandlung von sich aus ausdrücklich wünschen.

4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich, dass nach Maßgabe des § 4 des Strukturvertrags eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume durchgeführt wird.

5. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

....., den

Unterschrift und Vertragsarztstempel

ORTHOPÄDEN

An
die Bezirksstelle
der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

**Teilnahmeerklärung
an der
Regionalen Vereinbarung über die
strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen
(STRUKTURVERTRAG)
- gültig ab 01. 01. 2003 -**

Name: Arztnummer:

zugelassen am: als:

Praxisanschrift + Tel.:

.....

1. Voraussetzung

Ich bin als Orthopäde mit Schwerpunkt Rheumatologie zugelassen.

2. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Strukturvertrag **für die Behandlung von Patienten mit rheumatoider Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen oder mit Psoriasis-Arthritis oder mit Kollagenosen** gemäß § 3 Abs. 13 des Strukturvertrags.

Ich erbringe diese Leistungen: a.) in meiner Praxis und/oder
b.) außerhalb meiner Praxis
und zwar bei (Name, Anschrift):

.....

3. Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich mich, die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Strukturvertrag zu erfüllen. Weiterhin verpflichte ich mich, das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V nur bei den Patienten durchzuführen, die dies vor Beginn der Behandlung von sich aus ausdrücklich wünschen.

4. Einverständniserklärung

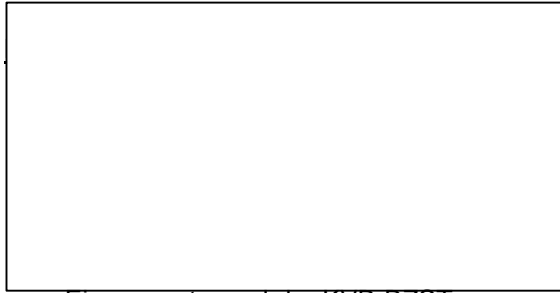
Hiermit gestatte ich, dass nach Maßgabe des § 4 des Strukturvertrags eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume durchgeführt wird.

5. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

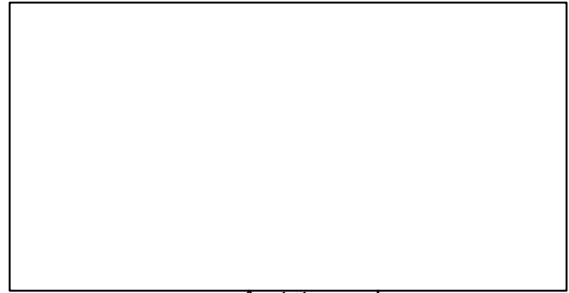
....., den

Unterschrift und Vertragsarztstempel

PATHOLOGIE



Eingangsstempel der KVB-BZST



Arztstempel

Antrag auf Teilnahme an der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen (Pathologie)

Titel, Name, Vorname des Arztes:.....

Anschrift der Praxis:.....

Hiermit beantrage ich die Teilnahme an der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen (Pathologie).

Folgende Voraussetzungen werden von mir erfüllt:

1 Räumliche und technische Voraussetzungen

In meinem Institut verfüge ich über ein histologisches, zytologisches, immunhistologisches sowie ein Schnellschnittlabor.

Darüber hinaus verfüge ich über die gängigen histologischen und zytologischen Techniken sowie immunhistologischen Verfahren einschließlich laborinterner Positiv- und Negativkontrollen.

2 Organisatorische Voraussetzungen

Die technischen, nichtärztlichen Mitarbeiter in meinem Institut verfügen über eine Ausbildung zum medizinisch-technischen Assistenten (MTA) mit morphologischem Ausbildungszweig oder vergleichbarer Aus- bzw. Weiterbildung.

Bei unklaren, nicht weiter typisierbaren Erkrankungen verpflichte ich mich eine Zweitmeinung (sog. Konsiliarberichte) bei einem frei wählbaren Pathologen einzuholen.

Ich erkläre meine Bereitschaft zur Teilnahme an multizentrischen Studien und Erhebungen (z.B. Therapiestudien, Morbiditätsstatistiken etc.).

Innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen verpflichte ich mich zur Meldung der Daten von Tumorpatienten an das zuständige klinische Krebsregister.

3 Anforderungen an die fachliche Qualifikation

Ich verpflichte mich zu einer Teilnahme an:

- Qualitätszirkeln (Umfang: mindestens einmal im Jahr)
- Ringversuchen, die der Berufsverband der Deutschen Pathologen mit der Deutschen Gesellschaft für Pathologie durchführt (alle Ringversuche, bei denen die Teilnahme für mein Institut möglich ist)
- Fortbildungsveranstaltungen, z.B. dem Bonner Schnittseminar der IAP (Inhalt: Vorträge und praktische Übungen; Umfang: mindestens einmal pro Jahr)

Ich versichere die Teilnahme meiner nichtärztlichen Mitarbeiter an Fortbildungsveranstaltungen, z.B. der Akademie für Fortbildung in der Morphologie (Inhalt: Vorträge und Symposien; Umfang: 1 mal pro Jahr) zu ermöglichen.

Die entsprechenden Nachweise zur fachlichen Qualifikation reiche ich bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ein.

4 Anforderungen an die ärztliche Leistungen

Ich versichere die Einhaltung von Leitlinien zur Pathologie, insbesondere zur Klassifikation und Diagnostik von Tumorerkrankungen (Klassifikation/Diagnose nach WHO/AFIP, Staging nach TNM-Klassifikation (6. Aufl.), Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft und der AWMF).

Eine Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren für Präparate und Befunde halte ich stets ein.

Ich versichere die Anforderungen des Positionspapiers zur Qualitätssicherung in der Pathologie (Bundesärztekammer, Stand: 08. 02.1991) sowie die Voraussetzungen zur Weiterbildungsermächtigung (Landesärztekammer) zu erfüllen.

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, die strukturvertraglichen Regelungen zur Pathologie zu erfüllen.

Mir ist bekannt, dass die KVB zur Überprüfung der Einhaltung der genannten Voraussetzungen und Qualifikationen entsprechende Nachweise anfordern sowie Stichprobenprüfungen durchführen kann. Darüber hinaus stimme ich Praxisbegehungen zu.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns gem. § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes

STRAHLENTHERAPIE

An
die Bezirksstelle

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Teilnahmeerklärung an der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen (STRUKTURVERTRAG) - gültig ab 01. 01. 2003 -

Name: Arztnummer:

zugelassen am: als:

Praxisanschrift + Tel.:

.....

1. Voraussetzung

Voraussetzung zur Leistungserbringung ist eine entsprechende Genehmigung durch die KV.

2. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Strukturvertrag **für die strahlentherapeutischen Leistungen nach Ziffern 7019 bis 7031 EBM** gemäß § 3 Abs. 7 des Strukturvertrags.

Ich bin zugelassen und erbringe diese Leistungen a) in eigenen Schutzräumen
oder

b) in gemieteten Schutzräumen
und zwar bei (Name, Anschrift):

.....
oder

Ich bin ermächtigt und erbringe diese Leistungen bei (Name, Anschrift):

.....

3. Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich mich, die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Strukturvertrag zu erfüllen. Weiterhin verpflichte ich mich, das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V nur bei den Patienten durchzuführen, die dies vor Beginn der Behandlung von sich aus ausdrücklich wünschen.

4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich, dass nach Maßgabe des § 4 des Strukturvertrags eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume durchgeführt wird.

5. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

....., den

Unterschrift und Vertragsarztstempel

ZYTOLOGIE

(gültig ab 27.05.2004):

Antrag

Eingangsstempel der KVB

Arztstempel

**Antrag auf Genehmigung
zur Teilnahme an der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung
ausgewählter Leistungen - Zytologie
(§§ 2 Abs. 1, 3 Abs. 15 Ziff. 1 i.V.m. Anlage 1 zum Strukturvertrag)**

A. Antragsteller:

Titel, Name, Vorname des Arztes²:

Anschrift der Praxis:

B. In Kenntnis der (diesem Antragsformular als Anlage beigefügten, mit den Regionalen Krankenkassen vereinbarten) **Teilnahmebedingungen**

- stelle ich den **Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen (Strukturvertrag)**,
- melde mich
 - zur **Prüfung** gemäß Ziff. 3 der Anlage zum Antrag, oder
 - zum **Kolloquium** gemäß Ziff. 4an, oder
 - füge diesem Antrag einen Nachweis über die **Genehmigungsprüfung gemäß Ziff. 1.1.2** beiund
- gebe nachfolgende **Erklärungen** (Abschnitte C. bis G.) ab:

C. Zur fachlichen Qualifikation:

- Ich verfüge über die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der GOP 4951 EBM auf der Grundlage der Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale (Zytologie-Vereinbarung).
 - Die in meinem Labor/meiner Praxis beschäftigten zytologisch tätigen, nicht-ärztlichen Mitarbeiter sind ausgebildete und geprüfte Zytologie-Assistenten.
 - Zum Nachweis d. fachlichen Qualifikation der bei mir beschäftigten Zytologie-Assistenten füge ich diesem Antrag folgende Unterlagen (Zeugnisse) bei:
Name d. Assistent/in:
 - Bezeichnung des Nachweises:
 - Name d. Assistent/in:
 - Bezeichnung des Nachweises:
- (Bei mehr als zwei Assistenten verwenden Sie bitte ein zusätzliches Blatt.)

² Mit den im Antrag verwendeten Formen (wie z.B. Arzt oder Assistent) sprechen wir natürlich beide Geschlechter an.

D. Zur räumlichen und apparativen Ausstattung sowie Organisation meines Labors:

- In meinem Institut verfüge ich pro zytologisch tätiger Ganztagskraft über mindestens ein binokulares Lichtmikroskop mit Objektiven zur jeweils 10- und 40-fachen Vergrößerung sowie über eine nach Papanicolaou modifizierte Färbereinrichtung. Darüber hinaus verfüge ich über Glas- oder Folieneindeckungsverfahren zur Eindeckung der Präparate.
- Meine Praxis/mein Labor verfügt über
 - einen Annahmepplatz (Annahme und Nummerierung der Präparate),
 - einen Färberaum oder -platz, der den Anforderungen des Gewerbeaufsichtsamts Bayern genügt (Abzug, Feuerlöscher, Entsorgung etc.),
 - einen Mikroskopierraum oder -platz,
 - einen Arbeitsplatz zur Dokumentation, Registratur und EDV,
 - einen Archivraum oder -platz für Präparate und Durchschläge der Befunde,
 - einen Lagerraum oder -platz für Chemikalien, der den Anforderungen des Gewerbeaufsichtsamtes Bayern genügt und
 - einen Arztarbeitsraum.
- Mein EDV-System ist mit einer umfangreichen, patientenbasierten Archivierungsmöglichkeit zur Dokumentation, zum retrospektiven Vergleich zytologischer und histologischer Diagnosen und zur Erstellung statistischer Auswertungen ausgestattet.
- Die 10-jährige Aufbewahrungsfrist für alle Präparate und Befunde halte ich ein.

E. Zur Qualitätssicherung:

- Die Durchführung der zytologischen Untersuchungen in meinem Institut erfolgt nach Maßgabe der Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen im Rahmen der Früherkennung des Zervixkarzinoms.
- Bei zytologisch positiven Befunden mit histologisch negativer Abklärung fordere ich immer eine Zweitbefundung inkl. Dokumentation an.
- Die in meinem Labor beschäftigten, zytologisch tätigen Mitarbeiter nehmen regelmäßig an laborinternen Problemfallbesprechungen teil und haben jederzeit Zugang zur Fachliteratur.
- Den Qualitätssicherungsbericht reiche ich jährlich, jeweils fristgerecht bis zum 30.06. des Folgejahres bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ein.
- Meine zytologisch tätigen, nichtärztlichen Mitarbeiter mikroskopieren jeweils nicht mehr als 10 Fälle pro Stunde.

F. Zu Fortbildungsmaßnahmen:

Ich verpflichte mich

- alle zwei Jahre an einer oder mehreren externen Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen, für die insgesamt mindestens 20 Fortbildungspunkte der Bayerischen Landesärztekammer vergeben werden (Inhalt: fachbezogene Vorträge und praktische Übungen am Mikroskop) und
- den in meinem Labor/meiner Praxis beschäftigten Zytologie-Assistenten alle drei Jahre die Teilnahme an einer externen Fortbildungsveranstaltung zu ermöglichen.
- Die Teilnahmebestätigungen der Fortbildungen reiche ich jeweils fristgerecht bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ein.

G. Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass

- die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns gemäß §285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt,
- die KVB gemäß §2 Abs. 1 des Strukturvertrages berechtigt ist, Praxisbegehungen durchzuführen,
- die KVB berechtigt ist, die zur Überprüfung der Einhaltung der genannten Voraussetzungen und Qualifikationen erforderlichen Nachweise anzufordern sowie Stichprobenprüfungen durchzuführen,
- mein Name und meine Praxisanschrift bei Teilnahme am Strukturvertrag Zytologie durch die KVB veröffentlicht wird.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes

Anlagen:

Bitte zurücksenden an:

Regionales Zentrum Bes. Genehmigungen
der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
Brandenburger Straße 4

95448 Bayreuth

(gültig ab 27.05.2004):

ANLAGE zum Antrag

gemäß §§ 2 Abs. 1, 3 Abs. 15 Ziff. 1 der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen (Strukturvertrag) i.V.m. der Anlage 1 zum Strukturvertrag - Zytologie (Teilnahmebedingungen)

Präambel

Ziel der nachfolgenden Vereinbarung zwischen den Regionalkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist die Steigerung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zytologischer Untersuchungen (vgl. § 1 der Anlage 4 zum Gesamtvertrag - Strukturvertrag).

1. Teilnahmeberechtigung

An dem Strukturvertrag Zytologie können alle Ärzte teilnehmen, die

- 1.1.1** über die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der GOP 4951 EBM (Zytologie-Genehmigung) auf der Grundlage der Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale (Zytologie-Vereinbarung) verfügen,
- 1.1.2** die Prüfung gemäß Ziff. 3 oder das Kolloquium gemäß Ziff. 4 bestanden haben, oder innerhalb der letzten vier Jahre vor Antragstellung die Zytologie-Genehmigung aufgrund einer Prüfung gemäß Abschnitt C der Zytologie Vereinbarung (Genehmigungsprüfung) erlangt haben, (Ein Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an der Genehmigungsprüfung ist vorzulegen.)
- 1.1.3** folgende räumliche, apparative und organisatorische Voraussetzungen erfüllen und mittels Erklärung bei der Antragstellung bestätigen:
 - pro zytologisch tätiger Ganztagskraft mindestens ein binokulares Lichtmikroskop mit Objektiven zur jeweils 10- und 40-fachen Vergrößerung sowie eine nach Papanicolaou modifizierte Färbereinrichtung
 - Glas- oder Folieneindeckungsverfahren zur Eindeckung der Präparate
 - Annahmeplatz (Annahme und Nummerierung der Präparate)
 - Färberraum oder -platz, der den Anforderungen des Gewerbeaufsichtsamts Bayern genügt (Abzug, Feuerlöscher, Entsorgung etc.)
 - Mikroskopieraum oder -platz
 - Arbeitsplatz zur Dokumentation, Registratur und EDV
 - Archivraum oder -platz für Präparate und Durchschläge der Befunde
 - Lagerraum oder -platz für Chemikalien, der den Anforderungen des Gewerbeaufsichtsamtes Bayern genügt
 - Arztarbeitsraum
 - ein EDV-System, das mit einer umfangreichen, patientenbasierten Archivierungsmöglichkeit zur Dokumentation, zum retrospektiven Vergleich zytologischer und histologischer Diagnosen und zur Erstellung statistischer Auswertungen ausgestattet ist.
- 1.1.4** sich verpflichten,
 - alle zytologischen Untersuchungen nach den „Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen im Rahmen der Früherkennung des Zervixkarzinoms“ durchzuführen und
 - bei zytologisch positiven Befunden mit histologisch negativer Abklärung immer eine Zweitbefundung inkl. Dokumentation anzufordern sowie
- 1.1.5** sich verpflichten,
 - alle zwei Jahre an einer oder mehreren externen Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen, für die insgesamt mindestens 20 Fortbildungspunkte der Bayrischen Landesärztekammer vergeben werden (Inhalt: fachbezogene Vorträge und praktische Übungen am Mikroskop) und
 - den in ihrem Labor beschäftigten Zytologie-Assistenten alle drei Jahre die Teilnahme an

einer externen Fortbildungsveranstaltung zu ermöglichen.

- 1.2** Erlangt der Arzt die beantragte Genehmigung zur Teilnahme an dem Strukturvertrag-Zytologie, so werden die von ihm zur Abrechnung gebrachten und anerkannten zytologischen Leistungen ab dem Kalendervierteljahr, in dem er die Prüfung gemäß Ziff. 3 oder das Kolloquium gemäß Ziff.4 bestanden hat, mit dem gemäß § 3 Absatz 15 Ziff. 1 der Anlage 4 zum Gesamtvertrag (Strukturvertrag) vereinbarten Punktwert vergütet. Wird die Genehmigung gemäß Ziff. 1.1.2 (zweiter Halbsatz) aufgrund der Genehmigungsprüfung erteilt, gilt dies für das Kalendervierteljahr, in dem der Bescheid über die Genehmigung zur Teilnahme am Strukturvertrag Zytologie erteilt wird, entsprechend.
- 1.3** Die Berechtigung zur Teilnahme an dem Strukturvertrag-Zytologie endet - ungeachtet des Endes gemäß § 2 Abs. 2 und 3 der Anlage 4 zum Gesamtvertrag (Strukturvertrag) –
 - 1.3.1** nach vier Jahren mit dem Ende des Kalendervierteljahres im Fall 1.1.2 (erster Halbsatz).
 - 1.3.2** vier Jahre nach Erlangung der Zytologie-Genehmigung mit dem Ende des Kalendervierteljahres im Fall des zweiten Halbsatzes 1.1.2.
 - 1.3.3** Die weitere Teilnahme bedarf der erneuten Antragstellung. Insoweit gilt Ziff. 2.3.

2. Antragstellung

- 2.1** Die Teilnahmegenehmigung ist unter Verwendung des beigefügten Antragsformulars sowie unter Vorlage der erforderlichen Nachweise bei der KVB zu beantragen.
- 2.2** Der Antrag auf Teilnahmegenehmigung ist zugleich die Anmeldung zur Prüfung gemäß Ziff. 3 oder zum Kolloquium gemäß Ziff. 4.
- 2.3** Die Bestimmungen gemäß Ziff. 2.1 und 2.2 gelten für den Antrag auf weitere Teilnahme an dem Strukturvertrag-Zytologie entsprechend.

3. Prüfung

- 3.1** Die Prüfung wird von der KVB durchgeführt und soll innerhalb von sechs Monaten nach Eingang des Teilnahmeantrages stattfinden.
- 3.2** Die Prüfung erfolgt anhand einer von der KVB zusammengestellten Präparate-Mappe mit 20 zytologischen Präparaten unterschiedlicher Zusammensetzung. Der Anteil der positiven Präparate (Gruppen III D, IV a, V) beträgt in jeder der Prüfmappen 40-60% der gesamten 20 Prüfpräparate, wobei Präparate aus jeder der Gruppen III D, IV a und V enthalten sind. Der Prüfungsteilnehmer befundet unter Verwendung des eigenen Mikroskops.
 - 3.2.1** Auf dem für die Prüfung vorbereiteten Befundbogen sind folgende Angaben enthalten:
 - Präparate-Nummer und
 - das Alter der Patientin, von der das Präparat stammt.
 - 3.2.2** Der Prüfungsteilnehmer hat auf dem Befundbogen die zutreffende Gruppe nach der Münchener Nomenklatur (I/II, III D, IVa, V) anzugeben.
 - 3.2.3** Für die Befundung der 20 Präparate stehen dem Prüfungsteilnehmer maximal vier Stunden zur Verfügung.
 - 3.2.4** Die Prüfung ist bestanden, wenn aufgrund der Auswertung des Befundbogens durch die KVB gemäß Ziff. 3.1 keine falsch-negativen Befundungen und nicht mehr als eine falsch-positive Befundung erfolgt ist

Als falsch-negative Befundungen gelten:

- Gruppe I/II anstelle der zutreffenden Gruppen III D, IV a oder V

- Gruppe III D anstelle der zutreffenden Gruppe V

Als falsch-positive Befundungen gelten:

- Gruppen III D, IV a oder V anstelle der zutreffenden Gruppe I/II
- Gruppe V anstelle der zutreffenden Gruppe III D

Von der Gesamtzahl der positiven Präparate (III D, IV a, V) müssen mehr als 50% eindeutig der zutreffenden Gruppe zugeordnet worden sein.

3.2.5 Das Ergebnis der Prüfung wird dem teilnehmenden Arzt von der KVB innerhalb von vier Wochen nach dem Prüfungstermin schriftlich mitgeteilt.

3.2.6 Die Prüfung kann bei Nichtbestehen innerhalb von vier Jahren zweimal wiederholt werden. Der Antrag auf Teilnahme an einer Wiederholungsprüfung kann frühestens drei Monate nach der vorausgegangenen Prüfung gestellt werden. Für den Antrag auf Teilnahme an einer Wiederholungsprüfung gelten die Bestimmungen gemäß Ziff. 2.1 und 2.2 entsprechend.

4. Kolloquium

4.1 Das Kolloquium wird von einer bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hierfür eingerichteten fachkundigen Kommission, die aus drei Mitgliedern besteht, durchgeführt.

4.2 Eine Kolloquiumsteilnahme ist möglich, wenn in der Prüfung gemäß Ziff. 3 aufgrund der Auswertung des Befundbogens gemäß Ziff. 3.2.1 und 3.2.4

(i) *keine falsch-positive Befundung und einmal die falsch-negative Befundung, „I/II anstelle der zutreffenden Gruppe III D“,*

oder

(ii) *keine falsch-negative Befundung und zweimal die falsch-positive Befundung, „IIID anstelle der zutreffenden Gruppe I/II“,*
erfolgt ist.

Von der Gesamtzahl der positiven Präparate (III D, IV a, V) müssen mehr als 50% eindeutig der zutreffenden Gruppe zugeordnet worden sein. Ein Kolloquium findet nur in Anschluss an eine nicht-bestandene Prüfung gemäß Ziff. 3 statt.

4.3 Das Kolloquium unterteilt sich in einen schriftlichen und mündlichen Prüfungsteil:

- Befundung an 8 Präparaten mit Angabe der zutreffenden Gruppen innerhalb von 60 Minuten durch den Teilnehmer.

- Mündliche Prüfung vor der Kommission. Die mündliche Prüfung sollte mindestens 10 Minuten dauern. Ihre Dauer sollte 40 Minuten nicht überschreiten.

Die im Kolloquium verwendeten Präparate werden von der Kommission zusammengestellt.

Über die mündliche Prüfung wird ein Verlaufsprotokoll angefertigt.

4.4 Die Kommission entscheidet im Anschluss an ein Kolloquium über das Bestehen des Kolloquiums. Das Ergebnis des Kolloquiums wird dem teilnehmenden Arzt von der KVB innerhalb von vier Wochen nach dem Kolloquiumstermin schriftlich mitgeteilt.

Anlage 2
zu der Regionalen Vereinbarung über die
strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen

§ 1
Allgemeines

1. In § 3 Nr. 12 Regionale Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen ist vereinbart, dass
 - von zugelassenen HNO-Ärzten im Rahmen der **Hörgeräteanpassung** erbrachte Leistungen mit einem Punktwert von 5,11 Cent vergütet werden und
 - Einzelheiten zu Qualifikationsanforderungen, Dokumentation und Leistungsumfang zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt werden.
2. Diese Anlage dient der Konkretisierung der Qualifikationsanforderungen, der Dokumentation und des Leistungsumfangs.

§ 2
Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte, Genehmigungsverfahren

1. Die Teilnahme an dieser strukturvertraglichen Regelung ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns zulässig.
2. Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Hals-Nasen-Ohrenärzte, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

a) Räumliche Voraussetzungen

Die Praxis muss mit einem schallisolierten Raum ausgestattet sein.

b) Technische Voraussetzungen

1. Die Praxis muss mit einem binokularen Ohrmikroskop ausgestattet sein.
2. Die Praxis muss mit einem Audiometer ausgestattet sein, das folgende Voraussetzungen erfüllt:
 - Mindestens 2 Kanäle
 - Frequenzumfang von 125 - 8.000 Hz mit mindestens 9 Einzelfrequenzen
 - verzerrungsfreier Intensitätsbereich von
 - 0 - 115 dB HL für Lufthörer (Kopfhörer)
 - 0 - 90 dB SPL für Lautsprecher
 - 0 - 65 dB HL für Knochenhörer
 - höchstens 5 dB Intensitäts-Schrittgröße
 - Sinuston als Signalart
 - Schmalbandrauschen oder vergleichbares Signal, das keine stehenden Wellen im freien Schallfeld erzeugt
 - Mindestens 2-kanaliges digitales Abspielgerät (z.B. CD) ohne Datenreduktion (d.h. keine Minidiscs)
 - Mindestens ein überschwelliges Messverfahren, z.B. SISI oder Lüscher

Hinsichtlich des Audiometers muss innerhalb des letzten Jahres vor Antragstellung eine Kalibration und Wartung durch eine anerkannte Eichstelle durchgeführt worden sein.

c) Zusammenarbeit mit Hörgeräteakustikern

Die Zusammenarbeit mit mindestens einem Hörgeräteakustiker, der sich in räumlicher Nähe zur Praxis des teilnehmenden Arztes befindet, ist nachzuweisen.

Arbeitet der teilnehmende Vertragsarzt nicht mit einem Hörgeräteakustiker, der sich in räumlicher Nähe zur Praxis befindet, zusammen, sondern wählt er einen anderen Vertriebsweg (z. B. Verwendung von Hörgeräten, die ein Hörgerätelieferant dem Vertragsarzt zur Anpassung auf dem Versandwege zur Verfügung stellt), ist diese Vereinbarung nicht anwendbar, da sie sich auf die beschriebene Versorgungsform und den damit beschriebenen Aufwand bezieht. In diesem Falle hat die Hörgeräteanpassung und -nachsorge auf der Grundlage des EBM zu erfolgen.

3. Anträge auf Genehmigung zur Teilnahme an dieser strukturvertraglichen Regelung sind mittels vorgegebenem Antragsformular (Anlage 1) an die KVB-Bezirksstelle Oberfranken, Bayreuth, zu richten. Dem Antrag sind die erforderlichen Unterlagen beizufügen und die notwendigen Angaben zu machen.
4. Die Genehmigung erlischt mit Ablauf des 31.12.2003, es sei denn, dass der 21. Nachtrag zum Gesamtvertrag (Laufzeit 01.01.2002 bis 31.12.2003) hinsichtlich dieser strukturvertraglichen Regelung fortgeführt wird.
5. Die Genehmigung zur Teilnahme an dieser strukturvertraglichen Regelung kann widerrufen werden, wenn der Arzt die ihm obliegenden Pflichten aus dieser Vereinbarung nicht erfüllt.

§ 3

Fortbildungsveranstaltung

Jeder an dieser strukturvertraglichen Regelung teilnehmende Arzt und mindestens einer seiner nichtärztlichen Mitarbeiter sollen im Laufe des Jahres 2003 an einer Fortbildungsveranstaltung von insgesamt mindestens 12-stündiger Dauer und folgenden Inhalten teilnehmen:

- Konzept einer integrierten und qualitätskontrollierten Hörgeräteversorgung in Deutschland
- Welches Hörgerät ist richtig?
- Anpassung und Erfolgskontrolle
- Spezielle Versorgungsformen

§ 4

Ärztliche Leistungen

1. Die Leistungen nach dieser strukturvertraglichen Regelung umfassen die qualitätsgesicherte Hörgeräteanpassung und -nachsorge in Zusammenarbeit mit einem Hörgeräteakustiker, der sich in räumlicher Nähe zur Praxis des teilnehmenden Arztes befindet.

Grundsätzlich sind folgende Leistungen zu erbringen:

- Anamnese
- Untersuchung mittels Mikroskop
- Tonaudiometrie, Sprachaudiometrie und ggf. weitere Verfahren
- Indikationsstellung
- Beratung
- Verordnung des Hörgeräts
- Überprüfung der Anpassung des Hörgeräts durch den Hörgeräteakustiker
- Halbjährliche Nachsorge
- gesonderte Dokumentation mittels Dokumentationsbogen

2. Durch die Zusammenarbeit mit dem Hörgeräteakustiker in räumlicher Nähe zur Praxis soll eine hohe Betreuungsqualität durch Gewährleistung persönlichen Kontakts zwischen Versicherter und Hörgeräteakustiker erreicht werden. Die Zusammenarbeit ist vom Arzt zu dokumentieren.
3. Darüber hinaus ist der teilnehmende Arzt verpflichtet,
 - a) die Funktionsfähigkeit des Audiometers regelmäßig selbst zu überprüfen und ein Mal im Monat zu dokumentieren,
 - b) mindestens ein Mal im Jahr eine Kalibration und Wartung des Audiometers durch eine anerkannte Eichstelle durchführen zu lassen und zu dokumentieren.

§ 5 Vergütung

1. Die Vergütung der in § 4 Ziffer 1 in Verbindung mit dem erhöhten Aufwand für die in § 4 Ziffer 2 genannten Leistungen (insbesondere einschließlich der gesonderten Dokumentation) erfolgt mit einem Punktwert von 5,11 Cent für die EBM-Ziffern 1591¹, 1593¹, 1597¹, 1602¹. Voraussetzung für die Vergütung ist die Verordnung eines Hörgeräts und die Zusammenarbeit mit einem Hörgeräteakustiker in räumlicher Nähe zur Praxis.
2. Die Vergütung der in § 4 Ziffer 3 genannten Leistungen ist mit der Vergütung aus Ziffer 1 abgegolten.

§ 6 Abrechnung

1. Hinsichtlich der im Rahmen der Verordnung des Hörgeräts erbrachten Leistungen sind die in § 5 Ziffer 1 genannten EBM-Ziffern wie folgt zu kennzeichnen (Hörgerät verordnet):

1591H 1593H 1597H 1602H

Die Abrechnung, d. h. Kennzeichnung mit dem Buchstaben „H“, kann dabei nur in dem Quartal erfolgen, in dem das Hörgerät tatsächlich verordnet wurde.

2. Hinsichtlich der im Rahmen der halbjährlichen Nachsorge erbrachten Leistungen sind die in § 5 Ziffer 1 genannten EBM-Ziffern wie folgt zu kennzeichnen (Nachsorge):

1591N 1593N 1597N 1602N

§ 7 Finanzierung

1. Die Leistungen nach § 4 werden außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet. Die pauschalierte Gesamtvergütung wird entsprechend bereinigt.
2. Zur Finanzierung der Leistungen nach § 4 stellt die AOK Bayern in 2003 einen begrenzten Betrag zu Verfügung, der Bestandteil des Betrages zur Finanzierung der Anlage 4 (Regionale Vereinbarung) zum 21. Nachtrag zum Gesamtvertrag ist. Wird dieser begrenzte Betrag in einem Quartal überschritten, werden sich die Vertragspartner in den Folgequartalen über die Höhe der Vergütung der Leistungen nach § 4 (Ziffern 1591, 1593, 1597 und/oder 1602) umgehend neu verständigen.

¹ Diese Ziffern sind im Rahmen dieser strukturvertraglichen Regelung nur einmal im Behandlungsfall abrechenbar.

§ 8
Prüfung/Informationsaustausch

1. Zur Überprüfung der Einhaltung der technischen und räumlichen Voraussetzungen, der Prozessqualität und der Zusammenarbeit mit Hörgeräteakustikern in räumlicher Nähe zur Praxis werden bei den teilnehmenden Ärzten Praxisbegehungen und Stichprobenprüfungen durch die KVB durchgeführt.
2. Zur Feststellung der Kooperation zwischen Arzt und Hörgeräteakustiker übersendet die KVB den Vertragspartnern aus dem Antragsformular auf Genehmigung die Erklärung des Vertragsarztes zur Zusammenarbeit mit den einzelnen Hörgeräteakustikern.
3. Im Rahmen einer Stichprobenprüfung führen die Vertragspartner die Hörgeräteverordnungen und die Arztabrechnungen zusammen.

§ 9
Inkrafttreten

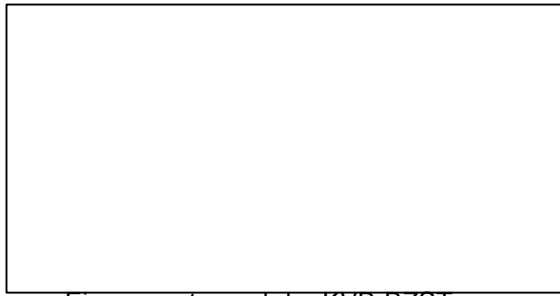
1. Abweichend von § 6 Abs. 1 Regionale Vereinbarung tritt diese strukturvertragliche Regelung zum 2. Quartal 2003 (am 01.04.2003) in Kraft.
2. Für das 1. Quartal erfolgt ein Ausgleich in Form eines zusätzlichen Punktwertzuschlags. Einzelheiten werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt.

Protokollnotiz zu § 3

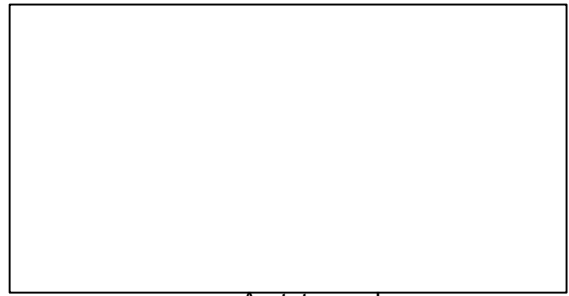
Die Vertragspartner sind sich einig, dass bei Fortführung dieser strukturvertraglichen Regelung im Jahr 2004 die Teilnahme von Arzt und Mitarbeiter an dieser Fortbildungsveranstaltung als weitere Teilnahmevoraussetzung nachwiesen werden muss.

Protokollnotiz zu § 4 Ziffer 1

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die in § 4 Ziffer 1 angesprochene gesonderte Dokumentation mittels Dokumentationsbogen zeitnah entwickelt werden soll.



Eingangsstempel der KVB-BZST



Arztstempel

**Antrag
auf Teilnahme an Anlage 2 zu der Regionalen Vereinbarung über die
strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen
(Hörgeräteanpassung)**

Titel, Name, Vorname des Arztes:.....

Anschrift der Praxis:.....

Ich beantrage die Teilnahme an Anlage 2 zu der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen (Hörgeräteanpassung).

Ich bin als Hals-Nasen-Ohrenarzt in Bayern zugelassen. Entsprechende Urkunden füge ich, soweit sie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) nicht bereits vorliegen, im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie bei.

Weiterhin erfülle ich die folgenden, in Anlage 2 zu der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen aufgeführten Voraussetzungen.

1 Räumliche Voraussetzungen

Ich versichere, dass meine Praxis mit einem schallisolierten Raum ausgestattet ist.

 ja nein

2 Technische Voraussetzungen

Ich versichere, dass meine Praxis mit folgenden technischen Geräten ausgestattet ist:

- binokulares Ohrmikroskop,
- Audiometer, das den strukturvertraglichen Regelungen gemäß § 2 Ziffer 2 b) 2 (Hörgeräteanpassung) entspricht und jährlich durch eine anerkannte Eichstelle kalibriert und gewartet wird.

 ja nein

Zum Nachweis der Erfüllung der technischen Voraussetzungen wird eine Bescheinigung (z.B. in Form der Rechnung) über die letzte Kalibration und Wartung des Audiometers durch eine anerkannte Eichstelle beigelegt. Die Kalibration und Wartung muss dabei innerhalb des letzten Jahres vor Antragstellung durchgeführt worden sein.

3 Organisatorische Voraussetzungen

Ich versichere, dass ich zur Anpassung der von mir verordneten Hörgeräte ständig mit mindestens einem Hörgeräteakustiker in räumlicher Nähe zu meiner Praxis zusammenarbeite. Zum Nachweis der Erfüllung dieser organisatorischen Voraussetzung wird dem Antrag folgende Unterlage beigefügt:

- Nachweis der Vereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Hörgeräteanpassung, der von allen Kooperationspartnern unterschrieben ist (siehe Anlage)

4 Anforderungen an die ärztlichen Leistungen

Ich versichere, die in § 4 der strukturvertraglichen Regelung (Hörgeräteanpassung) geforderten Leistungen im Rahmen der Hörgeräteanpassung und -nachsorge zu erbringen.

ja

nein

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, die strukturvertraglichen Regelungen (Hörgeräteanpassung) zu erfüllen.

Insbesondere verpflichte ich mich, der KVB jährlich die aktuelle Bescheinigung zur Kalibration und Wartung meines Audiometers durch eine anerkannte Prüfstelle vorzulegen. Zudem verpflichte ich mich, die Funktionsfähigkeit des Audiometers selbst regelmäßig zu überprüfen und ein Mal im Monat zu dokumentieren.

Ich strebe an, dass mindestens einer meiner nichtärztlichen Mitarbeiter und ich im Laufe des Jahres 2003 an einer Fortbildungsveranstaltung gemäß § 3 der strukturvertraglichen Regelungen (Hörgeräteanpassung) teilnehmen. Mir ist bekannt, dass sich die Vertragspartner einig sind, dass bei Fortführung dieser Vereinbarung im Jahr 2004 die Teilnahme von Arzt und Mitarbeiter an dieser Fortbildungsveranstaltung als weitere Teilnahmevoraussetzung nachgewiesen werden muss.

Mir ist bekannt, dass die KVB zur Überprüfung der Einhaltung der räumlichen und technischen Voraussetzungen, der Prozessqualität und der Zusammenarbeit mit Hörgeräteakustikern Stichprobenprüfungen und Praxisbegehungen durchführen kann.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns gem. § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes

Vereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Hörgeräteanpassung

Zur umfassenden Versorgung von Patienten im Rahmen der Hörgeräteanpassung ist der unterzeichnende Hals-Nasen-Ohrenarzt, der die Teilnahme an der Anlage 2 zu der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen beantragt, zur Zusammenarbeit mit mindestens einem Hörgeräteakustiker in räumlicher Nähe zu seiner Praxis verpflichtet.

Die vorliegende Vereinbarung gilt als Nachweis für das Vorliegen einer solchen Zusammenarbeit zwischen dem Arzt und den/dem unterzeichnenden Hörgeräteakustiker(n). Die Zusammenarbeit erfüllt dabei die Aufgabe, eine patientenorientierte Anpassung der vom Arzt verordneten Hörgeräte durch den Hörgeräteakustiker und eine hohe Betreuungsqualität für den Patienten sicherzustellen.

	Name	Adresse	Unterschrift
Hörgeräteakustiker 1			
Hörgeräteakustiker 2			
Hörgeräteakustiker 3			
Hörgeräteakustiker 4			
Hörgeräteakustiker 5			
Hörgeräteakustiker 6			
Hörgeräteakustiker 7			
Hörgeräteakustiker 8			
Hörgeräteakustiker 9			
Hörgeräteakustiker 10			

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Modellrechnung 1
zum 21. Nachtrag zum Gesamtvertrag für 1-4/2002

wird nicht abgedruckt

Modellrechnung 2 für 2002
L'EPF140

wird nicht abgedruckt



**Anlage B
zum Gesamtvertrag**

**Wegepauschalen
Sonstige Abrechnungsbestimmungen**

**I.
Wegepauschalen**

1. Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Nrn. 25, 26 und 150 BMÄ und für jede Einzelvisite nach der Nr. 29 BMÄ eine Wegepauschale nach den Nrn. 7234 bis 7239 BMÄ in unterschiedlicher Höhe nach Wegebereichen und Besuchszeiten. Darüber hinaus erhält eine gesonderte Wegepauschale
 - der Vertragsarzt zur Durchführung konsiliarärztlicher Tätigkeit nach den Nrn. 42 und 44 BMÄ, wenn für diese Leistungen Fahrtkosten entstehen
 - der Operateur für den ersten Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Nrn. 7160 oder 7161 BMÄ in unterschiedlicher Höhe nach Besuchszeiten
 - der Vertragsarzt für Besuche im Rahmen des Bereitschaftsdienstes in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km nach den Nrn. 9162 oder 9163 in unterschiedlicher Höhe nach Besuchszeiten.

2. Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet
 - für Besuchsstellen innerhalb eines Radius von 2 km nach den Nrn. 7234 oder 7237 BMÄ
 - für Besuchsstellen innerhalb von Radien von mehr als 2 km bis zu 5 km nach den Nrn. 7235 oder 7238 BMÄ
 - für Besuchsstellen außerhalb eines Radius von 5 km nach den Nrn. 7236 oder 7239 BMÄ
 - für Besuchsstellen jenseits eines Radius von 10 km nach den Nrn. 7160 oder 7161 BMÄ für Besuche zur Durchführung konsiliarärztlicher Tätigkeit oder für den ersten Besuch des Operateurs nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen
 - für Besuchsstellen im Rahmen des Bereitschaftsdienstes in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km nach den Nrn. 9162 oder 9163.

- 3.a Die Bereiche für die Wegepauschalen werden, ausgehend vom Praxissitz des Vertragsarztes als Zentrum, auf Landkarten von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns festgelegt.

- 3.b Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns kann für Besuchsfahrten, die aufgrund der örtlichen Straßenverhältnisse große Umwege erfordern (z. B. Berg-, Tal-, Fluss-Umgehungen), auf Antrag des Vertragsarztes festlegen, dass im Einzelfall der Abrechnungsmodus für Wegepauschalen dahingehend verändert wird, dass dem Vertragsarzt die Abrechnung höherwertiger Wegepauschalen nach den Nrn. 7235 bzw. 7238, 7236 bzw. 7239 oder 7160 bzw. 7161 BMÄ eingeräumt wird.

- 3.c Gibt ein Arzt keine Pauschale (Zone) an, erhält er in jedem Fall die Pauschale bis zu 2 km. Der Vertragsarzt kann auf den Eintrag der Pauschale bis zu 2 km (Z 1) verzichten. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns setzt in diesen Fällen die Pauschale bis zu 2 km automatisch zu.

4. Die Wegepauschalen sind je Besuch nach den Nrn. 7234 bis 7239, 7160 oder 7161 bzw. 9162 oder 9163 BMÄ berechnungsfähig, unabhängig davon, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend (ausgenommen die Fälle nach Absatz 3b) ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche bzw. jenseits des Radius von 10 km.
5. Für die Berechnung der Wegepauschalen ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.
6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.
7. Neben der Leistung nach Nr. 50 BMÄ können Wegepauschalen nach den Nrn. 7234 bis 7239 BMÄ berechnet werden. Werden im zeitlichen Zusammenhang mehrere Kranke in derselben Praxis bzw. demselben Krankenhaus aufgesucht, so ist die Leistung nach Nr. 50 BMÄ entsprechend mehrfach, die Wegepauschale dagegen nur einmal berechnungsfähig.
8. Wegepauschalen (ab 01.10.2002)

Nr. 9162	Wegepauschalen für Besuche im Rahmen des Bereitschaftsdienstes in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km bei Tage zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	17,18 EURO
Nr. 9163	Wegepauschalen für Besuche im Rahmen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km bei Nacht zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	22,90 EURO
9. Örtliche Sonderregelungen zwischen den Vertragspartnern bleiben davon unberührt.

II.

Sonstige Abrechnungsbestimmungen

1. Ambulante Leistungen im Zusammenhang mit Krankenhausbehandlung

- a) Ambulant ausgeführte ärztliche Leistungen, die von einem an der ärztlichen Versorgung ermächtigten Krankenhausarzt erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig, wenn der Versicherte wegen derselben Krankheit am selben Tag in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses aufgenommen wird. Satz 1 gilt analog für den Entlassungstag.
- b) Wird bei einem Versicherten eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung nach §115 a SGB V durchgeführt, können solche Leistungen durch ermächtigte Krankenhausärzte/ ermächtigte Institutionsambulanzen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet werden.
- c) Ambulante, vor stationärer Krankenhausaufnahme durchgeführte Untersuchungen durch einen ermächtigten angestellten Arzt für Anästhesie zur Feststellung der Narkosefähigkeit sowie Leistungen zur Planung und Durchführung einer Narkose/Anästhesie als Voraussetzung eines stationären operativen Eingriffs werden diesem Arzt nicht vergütet. Dies gilt auch, wenn diese Untersuchungen durch andere ermächtigte angestellte Krankenhausärzte durchgeführt werden.
- d) Wird ein Vertragsarzt während einer stationären Behandlung im Krankenhaus oder in einer Einrichtung nach § 111 SGB V zur konsiliarärztlichen Untersuchung oder Behandlung hinzugezogen, so werden seine Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vergütet. Dies gilt nicht bei Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen.

2. Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Sofern ein Krankenhaus gemäß § 115 b Absatz 2 Satz 2 SGB V ambulante Operationen durchführt, können solche Leistungen durch ermächtigte Krankenhausärzte/ermächtigte Institutionsambulanzen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet werden.

3. Befundberichte

Neben Auftragsleistungen für Labor, Röntgen, Histologie, Zytologie und Zytogenetik ist ein Befundbericht nach Nr. 75 BMÄ nicht gesondert abrechnungsfähig.

Ist ein inhaltlich über die Befundmitteilung hinausgehender Bericht notwendig, kann dieser nur nach Nr. 74 BMÄ berechnet werden.

4. Anforderung von Befundmitteilungen

Die Anforderung von Befundmitteilungen und Krankenblättern durch einen ambulant behandelnden Vertragsarzt sowie die Rücksendung solcher Unterlagen sind berechnungsfähige Leistungen im Sinne der Nr. 3 BMÄ.

Soweit Portokosten für den Versand von Unterlagen für Patienten anfallen, für die im betreffenden Quartal keine Krankenversichertenkarte vorlag, sind die angefallenen Portokosten nach Kapitel U des BMÄ auf einem selbst ausgestellten Abrechnungsschein (Vordruck 5) gegenüber der zum Zeitpunkt des Postversandes zuständigen Krankenkasse abzurechnen.

5. Telefonkosten

Telefonkosten nach Kapitel A Ziffer 4 des BMÄ sind auf dem Behandlungsausweis mit dem EURO-Betrag und der Zusatzbezeichnung „F“ abzurechnen. Sie werden in der Leistungsgruppe 14 gesondert ausgewiesen.

6. Besuche, bei denen der Patient nicht angetroffen wurde

Wird ein Vertragsarzt in dringenden Fällen gerufen und wird der Patient nicht angetroffen, so kann der Vertragsarzt unter Angabe von Gründen die Nr. 26 und ggf. die Nr. 5 BMÄ sowie das entsprechende Wegepauschale abrechnen.

7. Transportkosten für Schnellschnittmaterial

Kosten für den Transport von Schnellschnittmaterial werden wie folgt erstattet:

Nr. 9134	bei einer Entfernung zwischen Operationsstelle und Materialempfänger bis zu 2 km Radius:	3,17 EURO
Nr. 9135	bei einer Entfernung zwischen Operationsstelle und Materialempfänger zwischen 2 km und 5 km Radius:	6,34 EURO
Nr. 9136	bei einer Entfernung zwischen Operationsstelle und Materialempfänger von mehr als 5 km Radius:	9,20 EURO

Die Leistungen nach den Nrn. 9134 bis 9136 sind dem Kapitel U BMÄ zuzuordnen.

8. Pauschalen für gesetzliche Vorsorgeleistungen

Für Leistungen der Mutterschaftsvorsorge nach Abschnitt B IX Nr. 1. EBM, Leistungen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach Abschnitt B IX Nr. 2. EBM und Leistungen der Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen nach Abschnitt B IX Nr. 3 EBM werden folgende Pauschalen vereinbart:

GOP	in EURO 2002	in EURO 2003
100	84,33	94,54
101	27,35	30,66
102	15,96	17,88
103	63,82	71,54
104	36,47	40,88
105	91,18	102,20
106	15,96	17,88
107	61,54	68,98
108	34,19	38,32
109	15,96	17,88
110	54,71	61,32
111	36,47	40,88
112	27,35	30,66
113	18,24	20,44
114	15,96	17,88
115	364,70	408,80
116	4,56	5,11
117	4,56	5,11
118	9,11	10,22
119	1,14	1,27
121	45,58	51,10
122	36,47	40,88
124	6,83	7,66
125	6,83	7,66
126	9,11	10,22
127	13,68	15,33
128	9,11	10,22
129	5,47	6,13
130	14,58	16,35
131	8,21	9,20
132	29,64	33,21
133	7,29	8,17
134	11,40	12,77
135	7,75	8,68
137	6,83	7,66
138	11,40	12,77
139	10,94	12,26
140	9,11	9,11
141	4,33	4,33
142	29,64	29,64
143	29,64	29,64
144	29,64	29,64
145	29,64	29,64
146	29,64	29,64
147	29,64	29,64
148	29,64	29,64
149	29,64	29,64
150	11,40	11,40
151	35,56	35,56

152	20,51	20,51
154	8,20	8,20
155	6,39	6,39
155S		7,15
<i>(Zytologie für SV-Teilnehmer)</i>		
<i>ab 01.07.2003</i>		
156	186,90	186,90
<i>(Koloskopie) ab 01.10.2002</i>		
156S	209,51	209,51
<i>(Koloskopie für SV-Teilnehmer)</i>		
<i>ab 01.10.2002</i>		
157	14,14	14,14
158	11,85	11,85
159	2,28	2,28
160	31	31
161	40,57	40,57
162	38,29	38,29
163	36,24	36,24
164	12,30	12,99

9. Wegepauschalen nach den Nummern 7160 bis 7239 (ab 01.10.2002)

EBM - Nr.	Pauschale in €
7160	15,04
7161	20,76
7180	7,14
7181	3,64
7234	4,44
7235	8,88
7236	12,88
7237	8,88
7238	13,70
7239	18,54

Das abgerechnete € - Volumen wird im Formblatt 3 unter Position D015400, D 02-54-00 bzw. D 18-54-00, die Zahl der abgerechneten Leistungen werden in der kassenbezogenen Häufigkeitsstatistik L'IHG053 ausgewiesen.“

10. Vergütung der ärztlichen Leistungen im Notarztwagen bzw. Rettungshubschrauber (ab 01.10.2003)

- Die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Notarztwagen bzw. Rettungshubschrauber erfolgt außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung.
- Die pauschalierte Gesamtvergütung wird um den Betrag vermindert, der in den entsprechenden Quartalen des Jahres 2002 bzw. 2003, nach Bereinigung der Gesamtvergütung auf der Basis 1991, hinzugerechnet wurde.
- Höhe der Pauschalen:

Abrechnungsnummer 9601:

Für den Einsatz zwischen 8:00 Uhr und 20:00 Uhr

81,00 €

Abrechnungsnummer 9601L: Für den Einsatz zwischen 8:00 Uhr und 20:00 Uhr bei Luftrettung	81,00 €
Abrechnungsnummer 9602: Für den Einsatz zwischen 20:00 Uhr und 8:00 Uhr sowie Samstag, Sonn- und Feiertag rund um die Uhr (entsprechend BDO)	100,50 €
Abrechnungsnummer 9602L: Für den Einsatz bei Luftrettung zwischen 20:00 Uhr und 8:00 Uhr sowie Samstag, Sonn- und Feiertag rund um die Uhr (entsprechend BDO)	100,50 €
Abrechnungsnummer 9603A: Zuschlag für Gesamteinsatzzeit von mehr als 75 Min	20,70 €
Abrechnungsnummer 9603B: Zuschlag für Gesamteinsatzzeit von mehr als 90 Min	41,40 €
Abrechnungsnummer 9603C: Zuschlag für Gesamteinsatzzeit von mehr als 120 Min	82,80 €
Abrechnungsnummer 9603D: Zuschlag für Gesamteinsatzzeit von mehr als 150 Min	124,20 €

Die Gesamteinsatzzeit bemisst sich von der Alarmierung des Notarztes bis zur Rückkehr zur Praxis/Standort. Die Uhrzeiten sind auf dem Notarzteinsatzprotokoll zu dokumentieren und im Einzelfall auf Anforderungen vorzulegen.

Für die Abrechnung von Notarztleistungen gelten ausschließlich die obigen Pauschalen. Neben diesen Pauschalen können nur folgende Leistungen abgerechnet werden: 9100 (Notarzteinsatzprotokoll), 9145 (Zweitnotarzt), 9121 (Fahrtkosten für Benutzung Privat-Pkw mangels Notarzteinsatzfahrzeug)

- d) Unterschreitet der für die Nrn. 9603A bis 9603D abgerechnete und anerkannte Betrag in einem Quartal den für die Nr. 40 im jeweiligen Vergleichsquartal des Jahres 2001 abgerechneten und erkannten Betrag, wird der Differenzbetrag mit eventuellen Überschreitungen in einem der darauf folgenden Quartale verrechnet.

Überschreitet der für die Nrn. 9603A bis 9603D abgerechnete und anerkannte Betrag in einem Quartal – ggf. nach Verrechnung mit Unterschreitungen aus höchstens 4 vorangegangener Quartale - den für die Nr. 40 im jeweiligen Vergleichsquartal des Jahres 2001 abgerechneten und anerkannten Betrag, werden die € - Beträge der Nrn. 9603A bis 9603D im nächst möglichen Quartal entsprechend verringert.

Die Vertragspartner stellen damit sicher, dass das Ausgabenvolumen für die Nr. 40 EBM des Jahres 2001 nicht überschritten wird.

- e) Neben den Nummern 9601, 9601L, 9602 und 9602L können keine weiteren Positionen des EBM angesetzt werden.
- f) Die Abrechnung der Pauschalen erfolgt auf dem Muster 20 bay (Notarztwagenschein) über zuständige Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.
- g) Die Pauschalen werden im Formblatt 3 unter Position D - 016000 ausgewiesen und in die kassenbezogene Häufigkeitsstatistik L´IHG053 aufgenommen.
- h) Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende, frühestens jedoch zum 31.12.2004, gekündigt werden.

Anlage C zum Gesamtvertrag

Stationäre vertragsärztliche Versorgung

I.

Grundsätze für die Vergütung der belegärztlichen Leistungen

1. Vergütungsfähig sind die Leistungen von Vertragsärzten, denen von der KVB im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regionalkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als Belegarzt erteilt wurde.
2. Für die Abrechnung belegärztlicher Leistungen gelten der BMÄ und die nachfolgend aufgeführten Regelungen. Dies gilt auch in den Fällen, in denen ein Belegarzt
 - einen niedergelassenen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder Krankenhausarzt zur Assistenz, Narkose/Anästhesien hinzuzieht, sofern diese Leistungen nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 1 und 2 Bundespflegesatzverordnung) des betreffenden Krankenhauses gehören.
 - einen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarzt zur Mitberatung, Mitbehandlung, zum Konsilium oder im Vertretungsfall hinzuzieht.

Die in dieser Vereinbarung genannten Abrechnungspositionen beziehen sich auf den BMÄ in der jeweils gültigen Fassung.

3. Soweit für die ambulante Erbringung von Leistungen Qualifikationsanforderungen bestehen, gelten diese auch für die stationäre belegärztliche Tätigkeit.
4. Soweit Krankenhausträger Belegabteilungen vorhalten, gehen die Vertragspartner davon aus, dass die dazu erforderliche medizinische Geräteausstattung vom Krankenhausträger zu stellen ist. Wird diese erforderliche medizinische Geräteausstattung vom Krankenhausträger nicht vorgehalten, ist eine externe Leistungserbringung nicht abrechnungsfähig, soweit in den nachfolgenden Bestimmungen nichts anderes geregelt ist.

II.

Besondere Bestimmungen für abrechnungsfähige Leistungen des Belegarztes

1. Die Vergütung der Leistungsziffern des BMÄ erfolgt gemäß der Übersicht 1. Die reduzierten Vergütungssätze gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.
2. Die Leistungen des Kapitel O BMÄ sowie entsprechende Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X sind nicht berechnungsfähig.
3. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig.
4. Soweit Leistungen nach dem Abschnitt O III und P BMÄ sowie entsprechende Leistungen der Abschnitte B IX und B X BMÄ vom Belegarzt in seiner Praxis erbracht werden, werden diese nicht zu 60 %, sondern zu 100 % vergütet. Hierfür ist die jeweilige Leistungsziffer mit dem Buchstaben "H" zu kennzeichnen.
5. Die Bestimmungen des § 41 Abs. 6 BMV-Ä gelten entsprechend.

III.

Abrechnungsfähige Leistungen von Ärzten, die der Belegarzt hinzuzieht

1. Die Bestimmungen nach I., Nr. 2. dieser Vereinbarung gelten analog für den hinzugezogenen Vertragsarzt, soweit in nachfolgenden Bestimmungen nichts anderes geregelt ist.
2. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach Abschnitt II. dieses Vertrages vergütet.
3. Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte (vgl. § 41) berechnen:
 - 3.1 bei Durchführung von Assistenzleistungen oder Anästhesieleistungen nach Abschnitt DII:
 - a) Die Nr. 50 BMÄ:
 - bei Tage für jeden Kranken und insgesamt einmal die Wegepauschalen nach den Nrn. 7234 bis 7236 BMÄ
 - bei Nacht bzw. an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember für jeden Kranken, die Gebühr nach Nr. 5 BMÄ und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale nach den Nrn. 7234 bis 7239 BMÄ.
 - b) Beistand/Assistenz eines Vertragsarztes:
die Nr. 46 BMÄ und ggf. die Gebühr nach Nr. 5 BMÄ.
 - 3.2 bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien nach Abschnitt DII
 - a) Am Narkosetag:
Die Leistungen nach den Nrn. 1, 2, 50, 181, 182, 185, 189, 192, 193, 199, 254, 260, 273, 274, 280, 281, 282, 285, 286 BMÄ, die entsprechenden Wegepauschalen sowie die Leistungen nach den Kapiteln C IV und D II BMÄ sind abrechenbar (hier nicht aufgeführte Leistungen können nicht abgerechnet werden). Die Abrechnungsausschlüsse des EBM sind zu beachten. Dies gilt auch für die präanästhesiologischen Leistungen und Nachbehandlungen am Narkosetag.
 - b) Präanästhesiologische Leistungen am Tag vor der Narkose und Nachbehandlungen am Tag nach der Narkose können nach Abschnitt II. dieses Vertrages abgerechnet werden. Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses kann die Visite nach Nr. 28 BMÄ abgerechnet werden.
 - 3.3 Bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit eines Vertragsarztes, der nicht an demselben Krankenhaus belegärztlich tätig ist (ohne Narkosen/Anästhesien des Abschnittes D II BMÄ) - für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visiten nach den Nrn. 28 oder 29 BMÄ, ggf. die Gebühr nach Nr. 5 BMÄ und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen. Die Nrn. 28 und 29 BMÄ sind in diesen Fällen mit „Z“ zu kennzeichnen.
4. Vom Belegarzt können für hinzugezogene genehmigte Assistenten oder Krankenhausärzte berechnet werden:
 - a) die Leistung nach Nr. 51 BMÄ bei Operationsleistungen, wenn dem Belegarzt eine Assistentengenehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns erteilt worden ist.
 - b) Die Assistenz nach der Nr. 51 BMÄ ist nur abrechnungsfähig in Verbindung mit operativen Leistungen, die mit mindestens 600 Punkten bewertet sind.

IV.

Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten

Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Der von den Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

Als Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes werden je Patient und Pflage tag 2,56 EURO erstattet. Hierfür ist die Nummer 7200 in der Abrechnung einzutragen.

Wird der Bereitschaftsdienst von einem von der KVB genehmigten Assistenten geleistet, erhält die Vergütung der Belegarzt. In den übrigen Fällen gilt Abschnitt V. 1.; in diesen Fällen hat der Belegarzt durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nachzuweisen, dass ihm Kosten für einen ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns unterrichtet hierüber die übrigen Partner der Gesamtverträge.

V.

Anwendungsbestimmungen

1. Werden für den Belegarzt von Krankenhausärzten

- abrechnungsfähige Leistungen im "Vertretungsfall"*),
- Leistungen für Assistenzen nach Nr. 51 BMÄ oder
- der Bereitschaftsdienst

erbracht, so sind diese Leistungen in die Abrechnung des Belegarztes aufzunehmen und zusätzlich mit dem Symbol "A" zu kennzeichnen. Die Vergütung für diese Leistungen wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns direkt an den Krankenhausträger weitergeleitet. Diese Vergütungen sind ggf. als Abschlagszahlungen auf die vom Belegarzt an den Krankenhausträger zu leistende Kostenerstattung anzusehen

2. (Beleg)ärzte, deren Praxis innerhalb des Organisationsbereiches des Krankenhauses errichtet ist, können für das Aufsuchen von Belegabteilungen keine Wegepauschalen abrechnen.

*) Vertretungsfall in diesem Sinne ist eine Notfallbehandlung des Belegpatienten durch einen Krankenhausarzt. Das schließt aus, dass unter einem "Vertretungsfall" Auftragsleistungen bzw. Mitbehandlungen durch angestellte Krankenhausärzte erbracht und diese Leistungen vom Belegarzt abgerechnet werden. Davon unberührt bleibt die Regelung in § 32 Abs. 1 Satz 1 der ZV-Ä.

VI.

Inkrafttreten

Die Änderungen in der Übersicht 1 treten mit Wirkung ab 01.10.2002 in Kraft.

Übersicht 1							
EBM	nicht vergütungsfähig	Vergütung zu 20 %	Vergütung zu 33 1/3 %	Vergütung zu 60 %	Vergütung zu 80 %	Vergütung zu 100 %	Vergütung zu 50 %
Kapitel B	B IV, B V (mit Ausn. Nr. 74, 75, 78), B VI, B VII, 2, 3, 4, 6, 10-13, 14-16, 20, 25, 26, 32, 33, 40, 44, 46**, 50, 100, 111, 113, 114, 122-138, 143-152, 154, 156, 160-164, 176, 184, 186, 188, 194, 198, 200, B XI und Leistungen mit weniger als 120 Punkten *, **(Abrechenbar bei Assistenz durch Gemeinschaftspraxispartner)			101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 115, 118, 121, 155, 168, 174, 178, 191	112	1, 5, 17, 18, 19, 21, 28, 29, 42, Nr. 51 bei operativen Leistungen mit mind. 600 Punkten, B VIII, 60, 74, 75, 78, 109, 119, 139, 140, 142, 157, 158, 166, 171, 172, 173, 177, 180-183, 185, 187, 189, 190, 192, 193, 195-197, 199 #	
Kapitel C	Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			375, 376, 377, 378, 381, 384, 388, 389, 398		Restliche Leistungen	
Kapitel D				D I		D II	
Kapitel E	E I bis E IV, Leistungen aus E V mit weniger als 120 Punkten			566			
Kapitel F	Leistungen mit weniger als 120 Punkten, außer Nrn. 602, 620, 719, F V*			601, 602, 603, 604, 605, 606, 608, 609, 612, 613, 614, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 625, 630, 631, 635, 636, 650, 651, 652, 653, 654, 656, 660, 661, 665, 667, 668, 671, 672, 680, 681, 682, 686, 687, 689, 691, 694, 698, 700, 707, 710, 715, 718, 719, 721, 722, 723, 775	725, 728, 741, 750, 755, 760, 763, 764, 765, 767, 768	726, 730-740, 745, 746, 751, 752	
Kapitel G	Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			802, 805, 806, 809, 810, 811, 812		Restliche Leistungen	
Kapitel H	Leistungen mit weniger als 120 Punkten *				901, 906, 911	Restliche Leistungen	
Kapitel I	Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			980		Restliche Leistungen	
Kapitel J	Leistungen mit weniger als 120 Punkten *, J II.			1019, 1160	1084, 1110	Restliche Leistungen	

Übersicht 1							
EBM	nicht vergütungsfähig	Vergütung zu 20 %	Vergütung zu 33 1/3 %	Vergütung zu 60 %	Vergütung zu 80 %	Vergütung zu 100 %	Vergütung zu 50 %
Kapitel K	Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			1227, 1249, 1250, 1258, 1260, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1364, 1365		Restliche Leistungen	
Kapitel L	Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			1418, 1521, 1585, 1587, 1588, 1591, 1597, 1599, 1601, 1602, 1604, 1606, 1614, 1616, 1618, 1626, 1640, 1642, 1644	1500, 1506, 1516	Restliche Leistungen	
Kapitel M	Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			1745, 1746, 1850	1792, 1793, 1794, 1825	Restliche Leistungen	1860
Kapitel N	Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			2174, 2175, 2176		Restliche Leistungen	
Kapitel O	Alle Leistungen aus den Kapiteln O					#	
Kapitel P	P I. und II.: Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			P I und P II: Leistungen mit mind. 120 Punkten, Alle Leistungen von P III.		#	
Kapitel Q	5125, 5126	5210 bis 5222		Q I mit Ausnahme von 5210 bis 5222, Q II alle Leistungen			
Kapitel R		5520 - 5522					
Kapitel S						Alle Leistungen	
Kapitel T			Alle Leistungen				
Kapitel U	7103, 7125, 7130, 7150, 7151, 7152, 7154, 7180, 7181, 7215, 7250-7252, U 5.					7111, 7112, 7120-7123, 7140, 7160, 7161, 7200, 7234-7239	

Soweit Leistungen nach dem Abschnitt O III und P, sowie entsprechende Leistungen der Abschnitte B IX und B X vom Belegarzt in eigener Praxis erbracht werden, werden diese nicht zu 60 %, sondern zu 100 % vergütet.

* Dies gilt auch für Leistungen, für die Zuschläge ausgewiesen sind, sowie für die entsprechenden Zuschläge selbst, sofern die Gesamtleistung eine Bewertung von mindestens 120 Punkten nicht erreicht.

**Anlage D
zum Gesamtvertrag (gültig ab 01.01.2003)**

Vereinbarung

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, K.d.ö.R.

und

der AOK Bayern

**über die Beteiligung an den Kosten
des organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes
der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns**

I.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) organisiert nach Maßgabe der Bereitschaftsdienstordnung der KVB im Zusammenwirken mit ihren Mitgliedern einen Ärztlichen Bereitschaftsdienst im Sinne von § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V, soweit die Versorgung der Patienten durch das Sprechstundenangebot der Vertragsärzte nicht oder nicht ausreichend sichergestellt ist.

Die Vermittlung von Anrufen an die diensthabenden Ärzte des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes erfolgt durch die von der KVB eingerichteten Vermittlungs- und Beratungszentralen (VBZ), die in Eigenverantwortung der KVB betrieben werden.

II.

Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Beteiligung der AOK Bayern an den Betriebskosten des von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes nach Nr. I, Satz 2.

III.

Die Kostenbeteiligung der AOK Bayern wird wie folgt geregelt:

Für jeden für Versicherte der AOK Bayern eingesparten Notarztwageneinsatz gegenüber dem Jahr 2001 erhält die KVB ab dem 01.01.2003 einen Betrag in Höhe von 200 €.

IV.

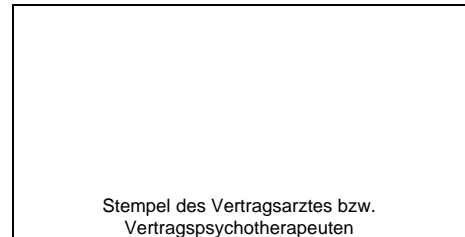
Wird bis 20.12.2002 keine Pauschale nach Anlage A, I. Nr. 2.2.3 vereinbart, wird die bis 31.12.2002 gültige Anlage D mit der Maßgabe, dass anstelle der vom BRK in Rechnung gestellten Beträge die Ist-Kalkulation der KVB für die neu eingerichteten Vermittlungs- und Beratungszentralen zugrunde gelegt wird, längstens bis 31.03.2002 fortgesetzt.

Protokollnotiz zu III.:

Die Zahl der eingesparten Notarztwageneinsätze wird wie folgt ermittelt:
Sowohl im Jahre 2001 als auch im Jahre 2003 werden die Einsätze pro Mitglied ermittelt. Die Differenz je Mitglied zwischen 2001 und 2003 wird mit der Zahl der Mitglieder 2003 multipliziert und ergibt die Zahl der eingesparten Einsätze.

**Anlage E
zum Gesamtvertrag
Abrechnungserklärung (Sammelerklärung)**

Bitte zusammen mit der Honorarabrechnung einreichen



Stempel des Vertragsarztes bzw.
Vertragspsychotherapeuten

ERKLÄRUNG

Zur Abrechnung für das ____ Quartal 200_

1. Ich versichere, dass über die von mir bei der KVB-Bezirksstelle eingereichten Behandlungsaussweise/Abrechnungsscheine und/oder Datenträger nur Leistungen abgerechnet werden, die von mir persönlich, meinem Vertreter, des nach § 32 b Ärzte-ZV genehmigten angestellten Arztes, von einem von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns genehmigten Assistenten oder von meinem nichtärztlichen Hilfspersonal unter meiner Überwachung erbracht wurden (ausgenommen die von anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten/Einrichtungen bezogenen O I Leistungen).

Soweit Leistungen in Verbindung mit den Nrn. 7180 bzw. 7181 abgerechnet wurden, die von einem angestellten Mitarbeiter meiner Praxis mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf erbracht wurden, wurden diese Leistungen von mir im Einzelfall an den beauftragten Mitarbeiter delegiert.

Die Bestimmungen des § 15 Abs. 3 BMV-Ä / § 14 Abs. 2 AEV hinsichtlich gerätebezogenen Untersuchungsleistungen zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung werden erfüllt.

Weiterhin bestätige ich, dass die Abrechnung sachlich richtig ist.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der Angaben, die für den Kostenersatz nach § 20 des Bundesversorgungsgesetzes rechtserheblich sind.

Falls in der Gemeinschaftspraxis einem Arzt eine Sonderbedarfszulassung mit eingeschränktem Tätigkeitsumfang erteilt wurde, wird bestätigt, dass alle von dem Vertragsarzt mit Sonderbedarfszulassung erbrachten Leistungen in der Abrechnung mit „S“ gekennzeichnet wurden.

2. Allgemeine Bestimmungen im EBM zu Abschnitt E (Physikalisch-medizinische Leistungen)

Die in den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt E EBM genannten Voraussetzungen werden von mir/meinem Praxispersonal erfüllt. Die geforderten Nachweise liegen vor und können auf Verlangen vorgelegt werden.

3. Allgemeine Bestimmungen im EBM zu Abschnitt B IV (Ambulante postoperative und tagesklinische Betreuung)

Falls ich Leistungen nach den Nrn. 63 bis 69 EBM abgerechnet habe und an der Beobachtung und Betreuung mehrere Ärzte mitgewirkt haben, erkläre ich hiermit, dass ich mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung getroffen habe, wonach nur ich allein in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechne.

4. Laborleistungen

Ich erkläre, dass die abgerechneten Laborleistungen entsprechend den Allgemeinen Bestimmungen des Kapitels O EBM sowie nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt wurden.

Ich versichere, dass die abgerechneten speziellen Laboratoriumsuntersuchungen nach Kapitel O Abschnitt III EBM ausschließlich in meinem Eigenlabor erbracht wurden.

Ich erkläre, dass die Durchführung der abgerechneten Laborleistungen des Kapitel O EBM nach Maßgabe der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien in Verbindung mit § 4 der Eichordnung erfolgt ist, auch soweit ich ein Fremdlabor oder eine Laborgemeinschaft mit der Durchführung des analytischen Teils der Laborleistungen beauftragt habe.

5. Werden Patienten in Alten- oder Pflegeheimen betreut? ?Ja ? Nein

Wenn ja, dann noch folgende Angaben:

Ich halte im Altenheim _____ ? Ja ? Nein
eine Sprechstunde ab

Bei der von mir betreuten Einrichtung _____ ? Ja ? Nein
handelt es sich um ein Heim mit einer Pflegestation mit Pflegepersonal

Ich bin in der Pflegestation mit Pflegepersonal
des Alten- oder Pflegeheims _____ ? Ja ? Nein
regelmäßig zu vorher vereinbarten Zeiten tätig

6. Abrechnung mittels EDV

Ich bestätige, dass die für das ____ Quartal 200_ von mir mittels EDV erstellte Abrechnung über vertragsärztliche Leistungen bezüglich des eingesetzten Softwaresystems der erteilten Genehmigung entspricht und

- dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung erst nach deren vollständiger Erbringung unter Beachtung des Grundsatzes von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgte,
- dass auch die für die manuelle Abrechnung geltenden Bestimmungen beachtet wurden,
- dass die von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns veröffentlichten Anwendungsbestimmungen – in der jeweils gültigen Fassung, insbesondere die Regelungen hinsichtlich der Sonderfälle, für die kein Abrechnungsschein eingereicht wurde, sowie weitere Mitteilungen dazu – für die Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern berücksichtigt wurden.

7. Blankoformularbedruckung

Ich versichere, dass für die genehmigungspflichtige Erzeugung von Blankoformularvordrucken nur ein von der KBV-Prüfstelle zertifiziertes Softwaresystem in Verbindung mit zertifizierten Laserdruckern angewandt wurde und die vertraglichen Regelungen in § 34 Abs. 1 und § 42 Abs. 10 und 11 BMV-Ä und § 6 Abs. 1, 5, 6 und 7 AEKV sowie die Anlage 2a "Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungsverfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung" beachtet werden.

8. Ferner bestätige ich, dass die mir erteilten Überweisungsaufträge nicht überschritten wurden.

9. Ich bestätige, dass die von mir abgerechneten Bereitschaftsdienststunden

- im Rahmen des organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVB in eigener Person durchgeführt wurden
- für andere Vertragsärzte meiner Bereitschaftsdienstgruppe im Rahmen des organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVB durchgeführt wurden
- in Bereitschaftspraxen der KVB und Bereitschaftspraxen in Kooperation mit der KVB, die am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB teilnehmen, durchgeführt wurden.

Hinweis:

Die vorstehende Erklärung wird zur Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung benötigt. Zu diesen Angaben sind Sie gemäß § 285 Abs. 1 SGB V sowie den Vorschriften des Bundesmantelvertrages-Ärzte bzw. Arzt-/Ersatzkassen-Vertrages verpflichtet.

Datum

Unterschrift des Vertragsarztes bzw.
Vertragspsychotherapeuten
(bei Gemeinschaftspraxen Unterschrift sämtlicher Teilnehmer)

Stand: 01.04.2003

Anlage F
Beteiligte Krankenkassen
(wird nicht abgedruckt)

Anlage G zum Gesamtvertrag

Vereinbarung

zur Codierung der Diagnosen nach der ICD-10 SGB V gem. § 295 Abs. 1 SGB V

Aufgrund des Entwurfes der Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird in Ergänzung des § 295 Abs. 1 SGB V folgende Vereinbarung geschlossen

§ 1

Der § 295 SGB V bezieht sich bei der Anwendung der ICD-10-Codierung auf die Abrechnungsdiagnose(n). Daher sollte die Angabe von Dauerdiagnosen auf den Abrechnungsscheinen nur noch in jenen seltenen Fällen erfolgen, bei denen sie für den Ansatz der Abrechnungsziffern erforderlich sind.

§ 2

Für die ausschließliche Abrechnung von Leistungen genehmigungspflichtiger Psychotherapie ist bei der manuellen Abrechnung kein ICD-10-Schlüssel bzw. bei der Datenträgerabrechnung der Ersatzwert U99.9 anzugeben. Dies gilt auch, wenn neben den genehmigten psychotherapeutischen Leistungen die Ziffer 1 EBM abgerechnet wird.

Für die Abrechnung von nicht genehmigungspflichtigen oder sonstigen kurativen Leistungen auf dem Abrechnungsschein, insbesondere von probatorischen Sitzungen, ist aber die diese Leistungen begründende Diagnose mittels der ICD-10 zu verschlüsseln.

§ 3

Die Pflicht zur Codierung der Diagnosen nach der ICD-10 bezieht sich auf alle Vertragsärzte. Vertragsärzte, die gem. § 13 Abs. 4 BMV-Ä nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können und denen Diagnoseangaben im Rahmen des Auftrags faktisch nicht möglich ist, geben in diesen Fällen für die manuelle Abrechnung keinen ICD-10-Schlüssel an bzw. können bei der Datenträgerabrechnung den Ersatzwert U99.9 angeben.

§ 4

Die Diagnosen auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sind aufgrund der die AU maßgeblich bewirkenden Erkrankungen mittels ICD 10 anzugeben. Dauerdiagnosen sollen nur angegeben werden, wenn sie in einem direkten Zusammenhang mit der Akuterkrankung stehen.

§ 5

Die Krankenkassen werden nur in begründeten Fällen die Nachfrage (Muster 52) bei Vertragsärzten durchführen.

Anlage H

zu § 6 Abs. 1

Ambulante Bereitschaftsdienst-Behandlung in Krankenhäusern

Für die Vereinbarungen zwischen KVB und Krankenhausträgern gelten nachfolgende Mustervereinbarungen:

Muster 1 (Pauschalvergütung)

Muster 2 (Einzelleistungsvergütung)

Muster 1 für Pauschalvergütung

VEREINBARUNG

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -**

und

dem Krankenhaus ...

über die

Vergütung von ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen in Krankenhäusern

im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Primärkassen in Bayern und den Verbänden der Ersatzkassen in Bayern

Zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
Körperschaft des öffentlichen Rechts
- vertreten durch ihren Vorstand -

und

dem Krankenhaus* ...
- vertreten durch den ...-
(im folgenden Krankenhaus genannt)

wird im Einvernehmen mit der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, dem BKK Landesverband Bayern, der IKK Bayern und dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen sowie dem VdAK/AEV, Landesvertretung Bayern folgende Vereinbarung über die ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen geschlossen:

1. Abrechnungsfähig als ambulante Bereitschaftsdienst-Behandlung ist nur die Erstversorgung durch Ärzte des Krankenhauses. Der Patient ist zur ambulanten Weiterbehandlung an den zuständigen Vertragsarzt zu verweisen. Der Name des Vertragsarztes ist auf dem Abrechnungsschein für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst (Muster 19) zu vermerken. Eine Durchschrift des Abrechnungsscheines ist dem Vertragsarzt zuzuleiten.

Das Krankenhaus ist verpflichtet, im Rahmen der ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlung die erforderlichen Bescheinigungen auszustellen bzw. Mitteilungen an den behandelnden Vertragsarzt weiterzugeben und die erforderlichen Auskünfte an die Krankenkassen zu erteilen.

2. Wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Krankheit/Verletzung im zeitlichen Zusammenhang in die stationäre Behandlung des Krankenhauses aufgenommen wird, sind Leistungen im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nicht abrechnungsfähig.
3. Soweit es sich bei der mehrmaligen ambulanten Inanspruchnahme durch denselben Patienten im selben Quartal um unterschiedliche Erkrankungen bzw. Verletzungen handelt, ist für jede Erstversorgung dieser Erkrankung bzw. Verletzungen der Pauschalbetrag je einmal abrechenbar.

Wird das Krankenhaus vom selben Patienten im selben Quartal für dieselbe Erkrankung bzw. Verletzung mehrmals in Anspruch genommen, ist für alle Inanspruchnahmen innerhalb von 3 aufeinanderfolgenden Tagen (z. B. Freitag/Samstag/Sonntag) der Pauschalbetrag nur einmal abrechenbar.

4. Für die Vergütung und Prüfung der Leistungen von Krankenhäusern im Rahmen von ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen gelten die für Vertragsärzte maßgebenden gesetzlichen, satzungsmäßigen und vertraglichen Bestimmungen. Verwaltungskosten sind nach Maßgabe der für die Vertragsärzte geltenden Bestimmungen in der jeweils für Vertragsärzte vorgeschriebenen Höhe aus der Bereitschaftsdienst-Pauschale zu entrichten.
5. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle * vergütet für die gesamte Bereitschaftsdienst-Behandlung an das Krankenhaus eine Bereitschaftsdienst-Pauschale in Höhe von

- EURO als Vergütung für die ärztlichen Leistungen und

- EURO als Pauschale für das bei der Behandlung verbrauchte Material einschließlich aller Medikamente.

Im Rahmen der ambulanten Erstversorgung durch das Krankenhaus erhalten Bereitschaftsdienst-Patienten erforderlichenfalls eine bedarfsgerechte Arzneimittelmengende aus den Beständen des Krankenhauses ausgehändigt (Überbrückungsmedikation). Die Mitgabe soll die Packungsgröße N1 nicht übersteigen. Die Arzneimittelkosten sind bereits in der vorgenannten Pauschale enthalten.

6. Daneben werden dem Krankenhaus folgende Materialien in Höhe der tatsächlich entstandenen Bezugskosten gesondert erstattet:

- FSME-Immunglobuline
- Röntgenkontrastmittel
- Hilfsmittel (Halskrausen, Gehstützen, u.ä.)

Die dem Krankenhaus entstandenen tatsächlichen Bezugskosten sind auf dem Behandlungsausweis als EURO-Betrag mit vorgestelltem Buchstaben „E“ für FSME-Immunglobuline, „I“ für Röntgenkontrastmittel und „Q“ für Hilfsmittel abzurechnen. Dies gilt nicht für ausgeliehene Hilfsmittel.

7. Die im Rahmen der ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen erbrachten ärztlichen Leistungen werden zusammen mit der nach Nr. 5 vereinbarten Sprechstundenbedarfspauschale sowie der nach Nr. 6 angefallenen Materialien vierteljährlich bei der Bezirksstelle * der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, unter Verwendung des vollständig ausgefüllten Abrechnungsscheines für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst (Muster 19), abgerechnet.

Die Angabe der einzelnen Gebührenordnungsnummern der Gebührenordnungen BMÄ bzw. E-GO auf dem Abrechnungsschein ist nicht erforderlich.

8. Das Krankenhaus ist verpflichtet, wesentliche Veränderungen der am Krankenhaus zur Leistungserbringung zur Verfügung stehenden Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle *, mitzuteilen.

9. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns kann die Vereinbarung ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn

- das Krankenhaus gegen Bestimmungen dieser Vereinbarung verstößt,
- sonstige dringende sachliche Gründe die Kündigung erfordern.

10. Die Vereinbarung gilt mit Wirkung vom ... Sie kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Ort, Datum

**

Für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

**

Für das Krankenhaus

Muster 2 für die Einzelleistungsvergütung

VEREINBARUNG

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -**

und

dem Krankenhaus ...

über die

Vergütung von ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen in Krankenhäusern

**im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Primärkassen in Bayern und den
Verbänden der Ersatzkassen in Bayern**

Zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
Körperschaft des öffentlichen Rechts
- vertreten durch ihren Vorstand -

und

dem Krankenhaus...
vertreten durch den ...
(im folgenden Krankenhaus genannt)

wird im Einvernehmen mit der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, dem BKK Landesverband Bayern, der IKK Bayern und dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen sowie dem VdAK/AEV. Landesvertretung Bayern folgende Vereinbarung über die ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen geschlossen:

1. Abrechnungsfähig als ambulante Bereitschaftsdienst-Behandlung ist nur die Erstversorgung durch Ärzte des Krankenhauses. Der Patient ist zur ambulanten Weiterbehandlung an den zuständigen Vertragsarzt zu verweisen. Der Name des Vertragsarztes ist auf dem Abrechnungsschein für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst (Muster 19) zu vermerken. Eine Durchschrift des Abrechnungsscheines ist dem Vertragsarzt zuzuleiten.

Das Krankenhaus ist verpflichtet, im Rahmen der ambulanten Bereitschaftsdienst- Behandlung die erforderlichen Bescheinigungen auszustellen bzw. Mitteilungen an den behandelnden Vertragsarzt weiterzugeben und die erforderlichen Auskünfte an die Krankenkassen zu erteilen.

2. Wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Krankheit/Verletzung in die stationäre Behandlung des Krankenhauses aufgenommen wird, sind Leistungen im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nicht abrechnungsfähig.
3. Für die Vergütung und Prüfung der Leistungen von Krankenhäusern im Rahmen von ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen gelten die für Vertragsärzte maßgebenden gesetzlichen, satzungsmäßigen und vertraglichen Bestimmungen. Verwaltungskosten sind nach Maßgabe der für die Vertragsärzte geltenden Bestimmungen in der jeweils für Vertragsärzte vorgeschriebenen Höhe zu entrichten.
4. Die vom Krankenhaus im Rahmen von ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen erbrachten Leistungen mit dem Punktwert für ärztlich geleitete Einrichtungen gemäß dem jeweils gültigen HVM vergütet. Unabhängig von der Vergütungsart (Pauschale oder Einzelleistung) ist der Investitionskostenabschlag nach § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V zu berücksichtigen.
5. Die KVB, Bezirksstelle *. vergütet für die Bereitschaftsdienst-Behandlung nach den vorgenannten Grundsätzen an das Krankenhaus eine Bereitschaftsdienst-Pauschale in Höhe von
- EURO als Pauschale für das bei der Behandlung verbrauchte Material einschließlich aller Medikamente.

Soweit es sich bei der mehrmaligen ambulanten Inanspruchnahme durch denselben Patienten im selben Quartal um unterschiedliche Erkrankungen bzw. Verletzungen handelt, ist für jede Erstversorgung dieser Erkrankung bzw. Verletzungen der Pauschalbetrag je einmal abrechenbar.

Wird das Krankenhaus vom selben Patienten im selben Quartal für dieselbe Erkrankung bzw. Verletzung mehrmals in Anspruch genommen, ist für alle Inanspruchnahmen innerhalb von 3 aufeinanderfolgenden Tagen (z. B. Freitag/Samstag/Sonntag) der Pauschalbetrag nur einmal abrechenbar.

Im Rahmen der ambulanten Erstversorgung durch das Krankenhaus erhalten Bereitschaftsdienst-Patienten erforderlichenfalls eine bedarfsgerechte Arzneimittelmenge aus den Beständen des

Krankenhauses ausgehändigt (Überbrückungsmedikation). Die Mitgabe soll die Packungsgröße N1 nicht übersteigen. Die Arzneimittelkosten sind bereits in der vorgenannten Pauschale enthalten.

6. Daneben werden dem Krankenhaus folgende Materialien in Höhe der tatsächlich entstandenen Bezugskosten gesondert erstattet:

- FSME-Immunglobuline
- Röntgenkontrastmittel
- Hilfsmittel (Halskrausen, Gehstützen, u.ä.)

Die dem Krankenhaus entstandenen tatsächlichen Bezugskosten sind auf dem Behandlungsausweis als EURO-Betrag mit vorgestelltem Buchstaben „E“ für FSME-Immunglobuline, „I“ für Röntgenkontrastmittel und „Q“ für Hilfsmittel abzurechnen. Dies gilt nicht für ausgeliehene Hilfsmittel.

7. Die im Rahmen der ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen erbrachten ärztlichen Leistungen werden zusammen mit der nach Nr. 5 vereinbarten Sprechstundenbedarfspauschale sowie der nach Nr. 6 angefallenen Materialien vierteljährlich bei der Bezirksstelle * der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, unter Verwendung des vollständig ausgefüllten Abrechnungsscheines für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst (Muster 19), abgerechnet.
8. Das Krankenhaus ist verpflichtet, wesentliche Veränderungen der am Krankenhaus zur Leistungserbringung zur Verfügung stehenden Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle *, mitzuteilen.
9. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns kann die Vereinbarung ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn
- das Krankenhaus gegen Bestimmungen dieser Vereinbarung verstößt,
 - sonstige dringende sachliche Gründe die Kündigung erfordern.
10. Die Vereinbarung gilt mit Wirkung vomSie kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Ort, Datum

**

Für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

**

Für das Krankenhaus

VEREINBARUNG

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

und

der AOK Bayern,

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

über

eine Anlage I

zum Gesamtvertrag

„Flächendeckendes Mammographie-Screening in Bayern“

§ 1 Präambel

Mit seiner richtungsweisenden Entscheidung hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in seiner Sitzung am 24. März 2003 den Weg für die Einführung des Brustkrebs-Screenings für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren freigemacht. Zur Umsetzung dieser Entscheidung in der vertragsärztlichen Versorgung in Bayern schließen die Vertragspartner nachfolgende Vereinbarung.

§ 2 Ziel der Vereinbarung

Mit dieser Vereinbarung soll ein qualitätsgesichertes Mammographie-Screening durch Nutzung patientennaher dezentraler Screeningnetze bis 01.01.2004 flächendeckend in Bayern umgesetzt werden.

§ 3 Durchführung

Die Durchführung des patientennahen, qualitätsgesicherten, dezentralen Mammographie-Screenings erfolgt gemäß der Konzeption „Bayerisches Mammographie-Screening“ (BMS) in der jeweils geltenden Fassung (Anlage 1) auf der Grundlage der Zulassung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz nach § 25 Abs. 1 Satz 2 Röntgenverordnung. Die Leistungen nach dieser Vereinbarung können erbracht und abgerechnet werden, sobald diese Zulassung vorliegt.

§ 4 Räumliche Umsetzung

- (1) Die räumliche Umsetzung des patientennahen, qualitätsgesicherten, dezentralen Mammographie-Screenings erfolgt bezogen auf bestimmte Regionen. Diese Regionen werden bestimmt durch den Zusammenschluss der an der Vereinbarung teilnehmenden Vertragsärzte zu Screening-Netzen.
- (2) Die Umsetzung des Mammographie-Screenings beginnt ab 01.04.2003 in den Regionen Münchner Nordwesten (Landkreise Dachau, Fürstenfeldbruck und Freising) und Regierungsbezirk Oberfranken.
- (3) Weitere Regionen kommen quartalsweise hinzu. Die Regelung, welche Regionen zu welchem Zeitpunkt hinzukommen, erfolgt im Lenkungsausschuss der KVB gemäß den in der Konzeption festgelegten Qualitätskriterien (Kapitel 6.5., 6.6., 6.7. der Konzeption BMS).

§ 5 Anspruchsberechtigte Versicherte

Anspruchsberechtigt aufgrund dieser Vereinbarung sind Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren, die bei der AOK Bayern versichert sind und ihren Erstwohnsitz in der jeweiligen Region nach § 4 Abs. 2 bzw. § 4 Abs. 3 haben.

§ 6 Einladungswesen

- (1) Die anspruchsberechtigten Frauen werden durch ein organisiertes Einladungswesen alle zwei Jahre gezielt auf die Früherkennungsmaßnahme aufmerksam gemacht und ggf. daran erinnert.

- (2) Das Einladungswesen erfolgt anhand der entsprechenden Adressdaten der Melderegister für die jeweiligen Modellregionen gemäß § 4 Abs. 2 bzw. § 4 Abs. 3. Die AOK Bayern und andere Verbände der Krankenkassen in Bayern stellen die Adressdaten der gemäß § 219 Abs. 1 SGB V gegründeten Arbeitsgemeinschaft zur Verfügung. Näheres wird noch gesondert vereinbart. (Übergangslösung siehe Protokollnotiz)

§ 7

Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte der jeweiligen Region nach § 4 Abs. 2 bzw. § 4 Abs. 3, die über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung mammographischer Leistungen auf der Grundlage der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen und darüber hinaus die weiteren Bedingungen zur Teilnahme an dem Bayerischen Mammographie-Screening-Programm erfüllen und die Qualifikationserfordernisse in schriftlicher Form als für sich verbindlich anerkennen (vgl. Anlage 2).
- (2) Über die Genehmigung zur Teilnahme an dem Bayerischen Mammographie-Screening-Programm entscheidet auf Antrag die KVB.
- (3) Anträge sind unter Verwendung der als Anlage 2 geregelten Formularerklärung (Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme am Bayerischen Mammographie-Screening-Programm – Anlage 2) an die insoweit zuständige KVB-Bezirksstelle Schwaben zu richten.
- (4) Die Erbringung und Abrechnung der Leistungen ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KVB zulässig.
- (5) Die Genehmigung kann widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen für die Teilnahmeberechtigung nach Abs. 1 entfallen oder der Arzt gegen eine Nebenbestimmung der Genehmigung bzw. eine der ihm aufgrund der Teilnahme an dem Bayerischen Mammographie-Screening-Programm obliegenden Pflichten (u.a. aus dieser Vereinbarung einschließlich aller Anlagen) verstößt bzw. diese nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt.

§ 8

Leistungen

- (1) Im Rahmen dieser Vereinbarung können folgende ärztlichen Leistungen erbracht werden:
1. Durchführung der Screening-Mammographie inklusive standardisierter Anamnese, Bilddokumentation und Erstbefundung der mammographischen Aufnahmen
 2. Zweitbefundung der mammographischen Aufnahmen
 3. ggf. Drittbefundung der mammographischen Aufnahmen und klinischen Befunde
 4. ggf. Durchführung eines abklärenden Assessments unter Einsatz weiterer abklärender Verfahren/Diagnostik
 - a) Visite des Erstbefunders beim Drittbefunder
 - b) Wegegeld des Erstbefunders
 - c) Konsiliargespräch zwischen Erstbefunder und Drittbefunder
 - d) Ultraschall
 - e) Vergrößerungsmammographie

- f) MRT
 - g) Minimalinvasive Abklärungen (Vakuumstanze)
 - h) Pathologische Erst- und Zweitbefundung sowie immunhistochemische Zusatzuntersuchung im Rahmen der Erst- oder Zweitbefundung
- (2) Alle Screeningfälle und klinischen Fälle müssen von den an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzten gemäß § 9 in Verbindung mit der Konzeption BMS (Anlage 1) dokumentiert werden.
- (3) Regelmäßige Fallbesprechungen aller Netz-Ärzte sowie prä- und postoperative interdisziplinäre Fallkonferenzen sollen durchgeführt werden.

§ 9

Datenmanagement, Qualitätssicherung, Dokumentation

Durch das umfassende Datenmanagement im Rahmen dieser Vereinbarung soll eine ständige Qualitätssicherung von Ärzten, Geräten und Prozessen im Screening gewährleistet sein. Zu diesem Zweck erfolgt eine vollständige Datenerhebung von der Anamnese bis zum Befund inklusive der Erfassung abklärender Verfahren und der Pathologie als wichtige Grundlage für die wissenschaftlich korrekte Evaluation. Näheres regelt die Konzeption BMS (Kapitel 8.1., 8.2., 8.3., 8.4.).

§ 10

Vergütung/Abrechnung

Vorbemerkung: Die Vertragspartner sind sich einig, dass die im Folgenden festgelegten Vergütungssätze im Vorgriff auf die zu treffenden Regelungen im EBM vereinbart wurden und kein Präjudiz für die vorzunehmenden Bewertungen im EBM darstellen.

- (1) Die erbrachten Leistungen werden wie folgt vergütet und abgerechnet:
1. Die Durchführung der Screening-Mammographie inklusive standardisierter Anamnese, Bilddokumentation und Erstbefundung der mammographischen Aufnahmen wird je Seite mit 50,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9850).
 2. Die Zweitbefundung der mammographischen Aufnahmen wird je Seite mit 7,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9851).
 3. Die Drittbefundung der mammographischen Aufnahmen und klinischen Befunde wird je Seite mit 17,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9852). (siehe auch Protokollnotiz)
 4. Die Leistungen bei Durchführung eines abklärenden Assessments werden wie folgt vergütet:
 - a) Die Visite des Erstbefunders wird mit 15,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9853V), einmal pro Assessment-Sitzung.
 - b) Das Wegegeld des Erstbefunders wird einmal pro Assessment-Sitzung entsprechend Anlage B II Ziffer 9 wie folgt vergütet:
 - Die Vergütung für Entfernungen bis zu 2 km beträgt 4,44 € (Abrechnungsnummer 7234M).
 - Die Vergütung für Entfernungen von mehr als 2 km bis zu 5 km beträgt 8,88 € (Abrechnungsnummer 7235M).
 - Die Vergütung für Entfernungen von mehr als 5 km bis zu 10 km beträgt 12,88 € (Abrechnungsnummer 7236M).

- Die Vergütung für Entfernungen von mehr als 10 km beträgt 15,04 € (Abrechnungsnummer 7160M).
 - c) Das Konsiliargespräch wird mit 10,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9853K).
 - d) Ultraschall wird mit 28,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9853U).
 - e) Die Vergrößerungsmammographie wird mit 32,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9853M).
 - f) MRT wird mit 240,50 € vergütet (Abrechnungsnummer 9854).
 - g) Minimalinvasive Abklärungen (Vakuumanstanz) werden mit 700,00 € (inklusive Sachkosten) vergütet (Abrechnungsnummer 9855).
 - h) Die pathologische Untersuchung des Präparats im Rahmen der Erstbefundung wird mit 32,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9855P).
 - i) Die Einsendung eines Präparates zur Qualitätskontrolle wird mit 1,50 € vergütet (Abrechnungsnummer 9855Q).
 - j) Die pathologische Untersuchung des Präparats im Rahmen der Zweitbefundung wird mit 25,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9855Z).
 - k) Die immunhistochemische Zusatzuntersuchung im Rahmen einer pathologischen Erst- oder Zweitbefundung wird mit 25,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9855I).
- (2) Die gemäß § 8 Abs. 2 in Verbindung mit § 9 erforderliche Dokumentation durch die teilnehmenden Vertragsärzte ist mit der Vergütung aus Abs. 1 abgegolten. Gleiches gilt für Fallbesprechungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen.
 - (3) Die Leistungen nach Absatz 1 werden außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet.
 - (4) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns nach den jeweils geltenden Grundsätzen.
 - (5) Die Leistungen nach Absatz 1 werden im Formblatt 3 unter der Formblattposition D-42-06-08³ ausgewiesen. Zusätzlich erfolgt die Ausweisung der Abrechnungsnummern in der kassenbezogenen Häufigkeitsstatistik L'IHG053.

§ 11 Kosten

- (1) Einmalkosten:
An den Kosten zum Aufsetzen des Programms (Einmalkosten) beteiligt sich die AOK Bayern mit dem ihrem Marktanteil zum 01.01.2003 entsprechenden Prozentsatz. Die Aufstellung der geschätzten Einmalkosten enthält Anlage 3.
- (2) Laufende Kosten:
Die KVB erfasst und dokumentiert die laufenden Kosten des Programms aufwandsbezogen. Die laufenden Kosten werden von der AOK Bayern entsprechend ihrem jeweiligen Anteil an den teilnehmenden Frauen getragen. Eine Abschätzung der voraussichtlichen Kosten enthält Anlage 4. Die Abrechnung der tatsächlichen laufenden Kosten erfolgt halbjährlich durch die KVB.

³ Formblattposition geändert mit Schreiben der KVB vom 22.08.2003

§ 12 Schnittstellen

Gegebenenfalls vorhandene Schnittstellen zu anderen Mammographie-Screening Projekten in Bayern werden in Anlage 5 geregelt.

§ 13 Projektausschuss

- (1) Es wird ein Projektausschuss Mammographie-Screening gebildet.
- (2) Der Projektausschuss ist paritätisch mit Vertretern der Vertragspartner KVB einerseits und der AOK Bayern andererseits besetzt. Den Vorsitz übernimmt die KVB.

Der Projektausschuss hat folgende Mitglieder (siehe auch Protokollnotiz):

- a) zwei vom Vorstand der KVB bestellte stimmberechtigte Vertreter der KVB und
- b) zwei stimmberechtigte Vertreter der AOK Bayern.

Den Vertretungsfall regelt die entsendende Stelle.

- (3) Der Projektausschuss ist zuständig für die Klärung der sich aus der Durchführung dieser Vereinbarung ergebenden Fragen. Er hat insbesondere folgende Aufgaben:
 - gegenseitige Information der Vertragspartner (u.a. Information über den stufenweisen Aufbau der flächendeckenden Versorgung)
 - Auslegung dieser Vereinbarung
 - Prüfung, ob die mit dieser Vereinbarung verbundenen Zielsetzungen erreicht werden
 - Abstimmung über die Berichte der Evaluierung
- (4) Der Projektausschuss entscheidet mit der Mehrheit seiner stimmberechtigten Mitglieder durch Beschluss.
- (5) Die Beschlüsse des Projektausschusses, die nach Abs. 3 in seine Zuständigkeit fallen, sind für die Vertragspartner und die nach § 7 teilnehmenden Ärzte verbindlich.
- (6) Der Projektausschuss ist auf Verlangen einer Vertragspartei, aber mindestens ein Mal im Jahr einzuberufen. Bei den Ausschusssitzungen ist Protokoll zu führen.
- (7) Zu den Ausschusssitzungen können weitere Teilnehmer, insbesondere Experten, eingeladen werden. Diese sind nicht stimmberechtigt.
- (8) Der Projektausschuss kann Arbeitsgruppen einsetzen. Die Mitglieder der Arbeitsgruppen müssen nicht Mitglieder des Ausschusses sein.
- (9) Die organisatorischen Kosten für die Errichtung und den Bestand des Projektausschusses trägt die KVB. Reisekosten und Aufwendungen zur Wahrnehmung der Aufgaben des Projektausschusses tragen die Mitglieder und Gäste selbst bzw. trägt die entsendende Stelle.

§ 14 Evaluation

- (1) Zur Evaluierung eines medizinisch und datentechnisch sachgerechten Screenings wird eine wissenschaftliche Begleitstudie durch ein unabhängiges Institut, dem alle relevanten Daten anonymisiert zur Verfügung gestellt werden, durchgeführt. Näheres regelt die Konzeption BMS.
- (2) Die wissenschaftliche Begleitstudie erfolgt durch das Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, Klinikum Großhadern, München.

- (3) Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitstudie werden zur Hälfte von der KVB sowie der AOK Bayern getragen. (siehe auch Protokollnotiz)

§ 15 Datenschutz

Die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften ist von den Vertragspartnern zu gewährleisten.

§ 16 Laufzeit

Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2003 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals in schriftlicher Form gekündigt werden, frühestens zum 31.03.2006.

§ 17 Schlussbestimmungen

- (1) Änderungen und Ergänzungen der Anlagen können im Einvernehmen der Vertragspartner erfolgen. Einer Kündigung der Vereinbarung bedarf es hierfür nicht.
- (2) Bei Änderungen/Ergänzungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und sonstigen Rechtsänderungen stimmen die Vertragspartner überein, eine gegebenenfalls notwendige Anpassung dieser Vereinbarung vorzunehmen, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
- (3) Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Die Vertragspartner werden einvernehmlich die unwirksame Bestimmung durch eine ihr gleichkommende wirksame Regelung ersetzen.

München, den 27.03.2003

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Körperschaft des öffentlichen Rechts

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Dr. med. Axel Munte
Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Helmut Platzer
Vorsitzender des Vorstandes

Protokollnotiz zu § 6 Abs. 2

Die Vertragspartner sind sich einig, dass durch das organisierte Einladungswesen alle Frauen der Zielgruppe (Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren mit Erstwohnsitz in Bayern) zur Teilnahme am Bayerischen Mammographie-Screening motiviert werden sollen. Der Ausbau des Programms wird stufenweise und kurzfristig erfolgen. Die Arbeitsgemeinschaft wird gegründet, sobald dies aus Effizienzgründen gerechtfertigt ist. Bis dahin wird das Einladungswesen aus den Daten der AOK Bayern organisiert.

Protokollnotiz zu § 8 Abs. 1 Ziffer 3

Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Anzahl der erforderlichen Drittbefunde 10 % der teilnehmenden Versicherten nicht übersteigt. Sollte dies dennoch der Fall sein, werden sich die Vertragspartner einvernehmlich auf eine Neufestsetzung der Vergütung einigen.

Protokollnotiz zu § 13 Abs. 2

Übernehmen andere Kassenarten/Krankenkassen diese Vereinbarung, stimmen die Vertragspartner überein, den Projektausschuss personell entsprechend anzupassen.

Protokollnotiz zu § 14 Abs. 3

Übernehmen andere Kassenarten/Krankenkassen diese Vereinbarung, verringert sich der Kostenanteil der AOK Bayern entsprechend.

Anlage 1

zu § 3

Konzeption BMS

Wird nicht abgedruckt.

Ist im Internet (www.kvb.de) bei Mammographie-Screening einzusehen.

Anlage 2

zu § 7 Abs. 2

Antrag auf Genehmigung

zur Teilnahme am Bayerischen Mammographie-Screening-Programm
(kurz: „BMS“)

an die

Kassenärztliche Vereinigung Bayern KdöR (kurz: „KVB“)
Anschrift

von

Herrn/Frau

Dr. med.

Name

Adresse

Telefon

Fax

e-mail

KV-Nummer

Der Unterzeichner/die Unterzeichnerin beantragt hiermit bei der KVB/Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns KdöR die Genehmigung zur Teilnahme am Bayerischen Mammographie-Screening-Programm (kurz „BMS“) zur Durchführung von freiwilligen Mammographie-Untersuchungen an nicht-symptomatischen Frauen der Altersgruppe von 50-69 Jahre auf Grundlage von § 25 Abs. 1 S. 2 der Röntgenverordnung

- als Erstbefunder
 als Zweitbefunder
 als Drittbefunder

gemäß folgender Kriterien:

1. Der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin hat folgende notwendigen Einstiegskriterien für das Bayerische Mammographie-Screening zur Kenntnis genommen und verpflichtet sich, diese zum Zeitpunkt des Einstiegs zu erfüllen:
 - 1.1 Genehmigung des Arztes/der Ärztin zur Durchführung mammographischer Untersuchungen gemäß der jeweils aktuellen Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V;
 - 1.2 Verpflichtung zur fortlaufenden Erfüllung der Kriterien der European Guidelines an den eingesetzten Geräten und Einhaltung des Prüfprotokolls gemäß der European Guidelines (zu

bestellen beim Office for Official Publications der Europäischen Kommission in L-2985 Luxemburg, <http://europa.eu.int>) unter Beachtung der DIN EN 61223-3-2:2001-03 und des Norm-Entwurfs E DIN 6868-152:2001-12 (siehe Studienprotokoll – hier Anlage 1 mit dortigem Anhang C);

- 1.3 Zur Vorbereitung auf das Screening: Teilnahme an von der KVB organisierten qualifizierten Weiterbildungsmaßnahmen; der Zweitbefunder muss bereits vor Aufnahme seiner Tätigkeit im BMS erfolgreich eine Screening-Mammographie Prüfung absolviert haben.
- 1.4 In der Funktion als Erstbefunder: Befundung von mindestens 2000 Mammographien in 2002 (für die beiden am 01.04.2003 beginnenden Netze) bzw. in den vorangegangenen vier Abrechnungsquartalen (alle weiteren Netze). Die Anzahl der Mammographien setzt sich zusammen aus den abgerechneten GOP-Ziffern 5092 und 5091;
- 1.5 In der Funktion als Zweitbefunder: Befundung von mindestens 5000 Mammographien in 2002 (für die beiden am 01.04.2003 beginnenden Netze) bzw. in den vorangegangenen vier Abrechnungsquartalen (alle weiteren Netze). Die Anzahl der Mammographien setzt sich zusammen aus den abgerechneten GOP-Ziffern 5092 und 5091;
- 1.6 In der Funktion als Drittbefunder: Befundung von mindestens 5000 Mammographien in 2002 (für die beiden am 01.04.2003 beginnenden Netze) bzw. in den vorangegangenen vier Abrechnungsquartalen (alle weiteren Netze). Die Anzahl der Mammographien setzt sich zusammen aus den abgerechneten GOP-Ziffern 5092 und 5091;
- 1.7 Der Drittbefunder, der vom Lenkungsausschuss eingesetzt wird, muss zudem über eine hohe Erfahrung zum Beispiel durch Lehrtätigkeit im Bereich der Mammographie und Mammadiagnostik in einem Universitätsklinikum oder Akademischen Lehrkrankenhaus verfügen.
2. Im laufenden Screening im Rahmen des BMS verpflichtet sich der Arzt/die Ärztin zur Einhaltung folgender Kriterien, wobei er/sie bezüglich der Befundung der einzelnen Patientinnen eine ausschließlich eigene Tätigkeit, ohne Zuziehung dritter Ärzte (insbesondere Assistenten oder Vertreter) garantiert:
 - 2.1 In der Funktion als Erstbefunder: Befundung von mindestens 2000 Mammographien pro Jahr;
 - 2.2 In der Funktion als Zweitbefunder: Befundung von mindestens 5000 Mammographien pro Jahr;
 - 2.3 In der Funktion als Drittbefunder: Befundung von mindestens 5000 Mammographien pro Jahr.;
 - 2.4 Im Hinblick auf die für das Programm angestrebte EUREF-Zertifizierung: Übernahme der Verpflichtung zur fortlaufenden eigenen Teilnahme sowie zur Veranlassung des mit der technischen Durchführung betrauten Praxispersonals zu deren Teilnahme an Schulungen im Umfang des EUREF-Protokolls (mindestens 60 Stunden für die Mammographeure und 40 Stunden für das mit der technischen Durchführung betraute Praxispersonal; das EUREF-Protokoll ist zu bestellen unter <http://www.euref.org>) unter Beachtung der in den European Guidelines gegebenen Inhalte;
 - 2.5 Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Mammographie (jährlich mindestens 20 Punkte in mindestens drei Veranstaltungen gem. CME-/BLÄK-Punktesystem; Qualitätszirkel und Fallbesprechungen zählen nicht zu den Fortbildungsveranstaltungen) sowie erfolgreiche Absolvierung einer Screening-Mammographie Prüfung innerhalb des ersten Jahres;
 - 2.6 Verpflichtung des Erstbefunders, mit der Person, die die Mammographie technisch durchführt, abzustimmen, ob bei der Klientin bei der Aufnahme spezielle Gegebenheiten zu beachten oder spezielle Anforderungen bei der Untersuchung zu berücksichtigen sind;
 - 2.7 Zusage des Erstbefunders, dass aus Anlass der Untersuchung der einzelnen Screening-Klientin für den selben Tag für diese Klientin keine Honorar- und Kostenposition zur Abrechnung gebracht werden darf, die über die im Vertrag mit den Krankenkassen vorgesehenen Leistungen hinausgeht;

- 2.8 Verbindliche Einwilligung und fortlaufende Sicherstellung, dass ein praxiseigener Computer des teilnehmenden Arztes/der teilnehmenden Ärztin an die gemeinsame, von der KVB treuhänderisch allein für die datentechnische Abwicklung des BMS vorgehaltene technische Datenhaltung aller am BMS teilnehmenden Ärzte zum fortlaufenden Datenaustausch angebunden wird; Der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin muss auch sicherstellen, dass durch hierfür geeignete technische Vorkehrungen (insbesondere Passworte und Accounts) nur er/sie selbst und das von ihm/ihr speziell eingewiesene Personal technischen Zugriff auf die im Rahmen des BMS bei dem Erst-/Zweit-/Dritt-Befunder erhobenen und dann gespeicherten und zwischen den Befundern versandten Daten hat;
- 2.9 Verpflichtung zur Dokumentation aller kurativen und Screening-Mammographien sowohl von GKV-Versicherten als auch von Privatpatientinnen/-klientinnen;
- 2.10 Verpflichtung, alle im Screening anfallenden Transporte über das zentral beauftragte Logistikunternehmen durchführen zu lassen sowie Erlaubniserteilung an die KVB, dem Logistikunternehmen die Praxisanschrift mitzuteilen;
- 2.11 Verpflichtung zur umgehenden Meldung von Urlaub oder sonstiger, ggf. auch krankheitsbedingter Abwesenheit an die KVB zur evtl. Umleitung von zu befundenden Aufnahmen;
- 2.12 Verpflichtung zur Einhaltung der im Studienprotokoll (Anlage 1) festgelegten standardisierten Prozesse (vgl. insbesondere Kapitel 7.3. bis 7.11. des Studienprotokolls);
- 2.13 Verpflichtung zur Beachtung der im Studienprotokoll (Anlage 1) definierten Verantwortlichkeiten im Netz: der Zweitbefunder ist für die Qualität der in seinem Netz durchgeführten Aufnahmen, der Drittbefunder für die Qualität der in seinem Netz durchgeführten Befundungen verantwortlich.
- 2.14 In der Funktion als Drittbefunder: Verpflichtung sicherzustellen, dass innerhalb des Netzes regelmäßige, in der Regel wöchentliche Fallbesprechungen unter der Leitung des Drittbefunders bzw. eines von ihm benannten Vertreters stattfinden. Zusätzlich sind prä- und postoperative interdisziplinäre Fallkonferenzen in Anwesenheit der beteiligten Mammographeure, des zuständigen Pathologen sowie des Operateurs abzuhalten (näheres vgl. Kapitel 6.3. des Studienprotokolls).
- 2.15 Verpflichtung, an diesen Fallbesprechungen und ggf. an den prä- und postoperativen Fallkonferenzen regelmäßig teilzunehmen (nachzuweisen durch eine vom Leiter der Fallbesprechungen bzw. Fallkonferenzen ausgestellte Teilnahmebescheinigung).
3. Der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin verpflichtet sich, für eine weitere Teilnahme am Programm solchen inhaltlichen Anforderungen zu genügen, die durch die KVB bezüglich fachlicher Voraussetzungen für die Teilnahme am Programm und Vorgehensweise bei der Befundung festgelegt werden. Für die Umsetzung der Anforderungen wird dem teilnehmenden Arzt/der teilnehmenden Ärztin ein Zeitraum von einem Monat eingeräumt, beginnend mit der Information zu geänderten oder erweiterten Anforderungen und dem Zeitpunkt des Verbindlichwerdens der Anforderungen.
4. Der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin verpflichtet sich, an der Überprüfung der fachlichen Befähigung in den Zeitabständen, die in der jeweils aktuellen Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vorgesehen sind, so teilzunehmen, dass eine fortlaufend vorhandene Rezertifizierung vorhanden ist. In diesem Zusammenhang erklärt der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin ausdrücklich, dass er/sie mit einer regelmäßigen Überprüfung seiner/ihrer fachlichen Fähigkeiten gemäß der jeweils aktuellen Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie anhand einer digitalen Befundungsstation, die seit Januar 2002 im Rahmen der Rezertifizierung von Mammographeuren durch die KVB bereit gehalten und durch Interessenten zur Rezertifizierung genutzt wird, einverstanden ist.
5. Die Teilnahme des Arztes/der Ärztin setzt den fortlaufenden Fortbestand des BMS-Programms voraus. Der Fortbestand dieses Programms ist unter anderem von Entscheidungen der Rechtsaufsicht der KVB, dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, und der Behörde, die das BMS auf Grundlage von § 25 Abs. 1 S. 2 der

Röntgenverordnung zugelassen hat, dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz, abhängig. Im Falle der Beendigung des BMS aufgrund Entscheidungen vorstehender Behörden endet die Teilnahme des Arztes/der Ärztin automatisch. Für diesen Fall verzichtet der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin mit der heutigen Erklärung auf Ansprüche gegenüber der KVB und sonstigen Dritten auf Ersatz von Vermögensschäden aus diesem Rechtsverhältnis.

6. Der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin erklärt sich verbindlich damit einverstanden, dass die Teilnahme an dem Programm nicht zu gesonderten Ansprüchen auf Vergütung und/oder gesonderten Ansprüchen auf Ersatz von Aufwendungen führt, die der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin aus Anlass seiner/ihrer Teilnahme am Programm tätigt, wie z.B. Teilnahme an Schulungen, Installation von Software oder Router, oder Geräteaufrüstung bzw. -neuanschaffung. Davon ausgenommen sind die in § 11 des Vertrags zwischen der KVB und den Krankenkassen aus Anlass der Durchführung des BMS zugunsten eines teilnehmenden Arztes/einer teilnehmenden Ärztin aufgeführten Leistungen anlässlich des genannten Programms (Durchführung der Screening-Mammographie inklusive standardisierter Anamnese, Bilddokumentation und Erstbefundung der mammographischen Aufnahmen, Zweitbefundung, Drittbefundung, Leistungen bei Durchführung eines abklärenden Assessments). Bei Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und sonstigen Rechtsänderungen können sich nach Prüfung durch KVB und Krankenkassen ggf. Anpassungen bzgl. der Vergütung ergeben.
7. Wenn der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin den Anforderungen der Ziffern 2 bis 6 in einer oder mehrfacher Hinsicht nicht mehr genügt, kann die KVB die Genehmigung zur Teilnahme am BMS mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift
teilnehmender Arzt/
teilnehmende Ärztin

Anlage 3

zu § 11 Abs. 1

Vorläufige Schätzung der Einmalkosten

Abgerechnet werden die tatsächlichen Kosten. Externe Kosten werden entsprechend der ausgestellten Rechnungen abgerechnet, für interne Mitarbeiter wird ein Durchschnitts-Jahressatz von 75.000 € angesetzt. Die nachfolgende Berechnung der zu erwartenden Kosten ist nicht ausschlaggebend für die tatsächlich abzurechnenden Kosten.

Konzepterarbeitung	
4 Projektmitarbeiter / 6 Mannmonate	150.000
EDV Datenbank Server	50.000
Initiale Schulungen Ärzte und MTA's	250.000
Ausstattung (Messmittel,Büro)	50.000
Summe Investitionen	500.000

Anlage 4

zu § 11 Abs. 2

Abschätzung Laufende Kosten pro Jahr

Kommunikation / Information Klientinnen	1.000.000
EDV	
Datenbank und Programmierung extern	350.000
Online-Anbindung Extranet (Pironet)	48.000
Datenbankpflege 1 Informatiker	75.000
Hotline Servicetechniker 100 Std/a	7.500
Einladungswesen extern	800.000
Servicecenter Geräteprüfung	
5 Sachbearbeiter	375.000
1 Physiker	75.000
Wissenschaftliche Evaluation	
4*5 Manntage a 3.000 Eur /d	60.000
1 BAT II A multiple Assistenten	80.000
Projekt- und Daten-Management	
1 Projektleiter, 3 Projektassistenten	300.000
3 Sachbearbeiter	150.000
SUMME Laufende Kosten KVB	3.320.500

Abgerechnet werden die tatsächlichen Kosten. Externe Kosten werden auf der Grundlage der ausgestellten Rechnungen abgerechnet, für interne Mitarbeiter wird ein Durchschnitts-Jahressatz von 75.000 € angesetzt.

Anlage 5

zu § 12

Schnittstellen

- derzeit nicht besetzt -